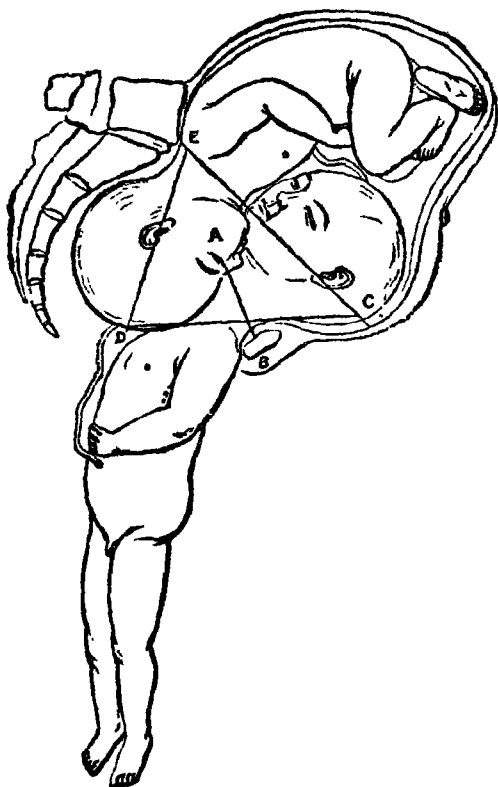
পড়ে। সুতরাং প্রথম উপায় অবলম্বন করাই যুক্তিসিদ্ধ কারণ তাহা হইলে একটি সন্তান জীবিত ভূমিষ্ঠ হইবার সম্পূর্ণ আশা থাকে।

বিলম্ব প্রসবের কোন কোন স্থলে দুইটি ভ্রূণের দেহ কিয়দংশে পরস্পর যুক্ত হইয়া জন্মিতে দেখা যায়। এইরূপ যুক্তভ্রূণের প্রসব কৌশল ও প্রসব করাইবার কার্য্যপ্রণালী সম্বন্ধে আমাদের অপেক্ষাকৃত অল্প জ্ঞান আছে কারণ গ্রন্থকর্ত্তারা ইহা একটি অদ্ভুত ঘটনা বলিয়া কেবল মাত্র উল্লেখ করিয়া গিয়াছেন। কিন্তু যুক্তভ্রূণ কিরূপে প্রসব করাইতে হইবে

যুক্ত-ভ্রূণ।

সে বিষয়ে কোন উপদেশ দেন নাই। যুক্তভ্রূণের উৎপত্তি আমরা যেরূপ বিরল মনে করি সেরূপ নহে। বিলাতের মিউজিয়ামে অনেকগুলি যুক্তভ্রূণ সংরক্ষিত আছে এবং তথায় মধ্যে মধ্যে নূতন নূতন যুক্তভ্রূণ প্রেরিত হইয়া থাকে। এতদ্ব্যতীত বিলতীয় সংবাদ পত্রে এইরূপ অদ্ভুত ভ্রূণের জন্মবিষয় মধ্যে মধ্যে প্রকাশিত হইতে দেখা যায়। এরূপ যুক্তভ্রূণ জন্মিলে প্রসব হওয়া কতদূর দুরূহ তাহা সহজেই বুঝা যায়। সুতরাং প্রসব কার্য্য সুচারুরূপে নির্ব্বাহ করিতে গেলে কিরূপ প্রাকৃতিক কৌশলে এই দুরূহ ব্যাপার সম্পন্ন হয় তাহা স্পষ্ট করিয়া বুঝা নিতান্ত আবশ্যক।

যে সকল গ্রন্থকর্ত্তারা যুক্তভ্রূণ জন্মিবার বিষয় লিপিবদ্ধ করিয়াছেন দুর্ভাগ্যবশতঃ তাঁহারা কেবল গঠন সম্বন্ধে কিরূপ বৈলক্ষণ্য দেখা যায় তাহাই বর্ণিত করিয়াছেন কিন্তু প্রসব কৌশল সম্বন্ধে কোন কথাই বলেন নাই। যদিও চিকিৎসা গ্রন্থে এরূপ ঘটনা বাহুল্যের উল্লেখ আছে তথাপি দুই একটী ভিন্ন তদ্দ্বারা ধাত্রীবিদ্যাবিষয়ক বিশেষ জ্ঞান লাভ হয় না। ডাং প্লেফেয়ার্ সাহেব অনেক যত্নে এরূপ বিস্তর ঘটনার বিস্তারিত বিবরণ সংগ্রহ করিয়াছেন। সেই সকল স্থলে প্রসব ব্যাপার কিরূপে নিষ্পন্ন হইয়াছিল তাহাও সম্ভবতঃ প্রকৃতরূপে প্রকাশিত আছে। এইরূপে সকলে অনুসন্ধান করিলে এ বিষয়ে যে অধিক জানা যাইবে তাহাতে আর সন্দেহ নাই।

যুক্ত-ভ্রূণ চারি শ্রেণীতে বিভক্ত করা যায়।

যুক্তভ্রূণের যতগুলি প্রকারভেদ লক্ষিত হয় তন্মধ্যে প্রধান চারিটী যাহা সচরাচর ঘটিতে দেখা যায় তাহাইধাত্রীবিদ্যা-বিদ্‌দিগের জানা থাকিলে চলিতে পারে। (ক) দুইটি প্রায় পৃথক্ দেহ বক্ষ অথবা উদরদ্বারা সম্মুখ দিকে কিয়দংশ যুক্ত (খ) দুইটি প্রায় পৃথক্ দেহ পশ্চাদ্দিকে সেক্রম্ এবং মেরুদণ্ডের নিম্নাংশ দ্বারা পরস্পর যুক্ত। (গ) দ্বিমুণ্ড ভ্রূণ অর্থাৎ দেহ এক কিন্তু মস্তক ভিন্ন। (ঘ) দেহ বিভিন্ন কিন্তু মস্তকদ্বয় কিয়দংশ যুক্ত। এই চারি শ্রেণী ব্যতীত অন্য প্রকারের যুক্তভ্রূণও হইতে দেখা যায়। যাহাহউক যেসকল যুক্তভ্রূণ দ্বারা প্রসব হওয়া দুরূহ হইয়া উঠে তাহা পূর্ব্বোক্ত চারি শ্রেণীর কোন না কোন শ্রেণী ভুক্ত। ডাং প্লেফেয়ার্ যে সকল ঘটনা সংগ্রহ করিয়াছেন তাহারাও এই কয়েক শ্রেণীর অন্তর্গত।

এই সকল অদ্ভুত ঘটনার মধ্যে আশ্চর্য্যের বিষয় এই যে অধিকাংশ স্থলে প্রসূতির নিজ চেষ্টায় প্রসব হইয়া যায় চিকিৎসকের সাহায্য কিছুমাত্র আবশ্যক হয় না। ৩১টী ঘটনার মধ্যে ২০ টী আপনা হইতে অল্পায়াসে প্রসব হইয়াছে। দুরূহ স্থলে কিরূপ আশ্চর্য্য প্রাকৃতিক কৌশলে প্রসব সমাধা হয় দেখিলে বিস্মিত হইতে হয়।

অধিকাংশ স্থলে প্রসূতির নিজ শক্তি দ্বারা প্রসব হইয়া যায়।

গ্রন্থকর্ত্তারা সচরাচর অনুমান করেন যে এই সকল ভ্রূণ অপরিপক্ক ও ক্ষুদ্রকায় হয়। এবং প্রসবও পূর্ণ গর্ভের পূর্ব্বেই সমাধা হইয়া যায় বলিয়া প্রসব হইতে তাদৃশ কষ্ট হয় না। ডিউজিস সাহেব বলেন যে এরূপ সন্তান প্রায় গর্ভ মধ্যে মৃত হয় ও পচিয়া যায় বলিয়া প্রসব হইবার সুবিধা হয়। কিন্তু ডাং প্লেফেয়ার্ সাহেব বলেন যে এই উভয় সিদ্ধান্তই ভ্রান্ত এবং উত্তম রূপে অনুসন্ধান না করার ফল। তিনি বলেন যে ৩১টি ঘটনার মধ্যে কেবল মাত্র ১টি সন্তান অপরিপক্ব অবস্থায় ভূমিষ্ঠ হয় এবং তাঁহার মতে পূর্ণকাল হইবার পূর্ব্বে প্রসব হইবার বিশেষ কোন কারণ দেখা যায় না।

যুক্ত-ভ্রূণের অধিকাংশই এই শ্রেণীর অন্তর্গত। অর্থাৎ অধিকাংশ স্থলেই দুইটি ভ্রূণ বক্ষ অথবা উদরের কিয়দংশে পরস্পর যুক্ত হইয়া জন্মিতে দেখা যায়। শ্যামদেশীয় সুবিখ্যাত যমজ সন্তান এই শ্রেণীভুক্ত। ইহাদের জন্মবৃত্তান্ত সম্বন্ধে ডাং প্লেফেয়ার্ বিশেষ কিছু সংগ্রহ করিতে পারেন নাই। *

ক-শ্রেণী।

পূর্ব্বে যে ৩১টি ঘটনার উল্লেখ করা গিয়াছে তন্মধ্যে ১৯টি এই শ্রেণীর অন্তর্গত। এই ১৯টি যুক্তভ্রূণ যেরূপে প্রসব হইয়াছিল তাহার তালিকা নিম্নে দেওয়া যাইতেছে। ১টি অপ্রসূত মারা পড়ে ৮টি সন্তান প্রসূতির নিজ চেষ্টায় ভূমিষ্ঠ হয়, এই ৮টির মধ্যে ৩টি পদাগ্র হইয়া জন্মে। বাকি দুইটি কি ভাবে জন্মে তাহা জানা নাই। ৬টি সন্তান বিবর্ত্তন দ্বারা অথবা তাহাদের দেহের

* হারিস সাহেব বলেন যে এই যমজের মাতা চীনদেশীয়া এবং বর্ণশঙ্কর। এই স্ত্রীলোকটী খর্ব্বাকার ছিল বটে কিন্তু তাহার নিতম্ব অত্যন্ত প্রশস্ত ছিল। যমজ সন্তান জন্মিবার পূর্ব্বে ইহার কয়েকটা সন্তান হইয়াছিল। যমজ সন্তান ভূমিষ্ঠ হইবার সময় একটির মস্তকের সহিত অপরটির পদদ্বয় নির্গত হয় বলিয়া প্রসূতি শ্যামদেশীয় অনেক ব্যক্তির নিকট বল

অধোশাখা ধরিয়া টানায় ভূমিষ্ঠ হইয়াছে; ৪টি সন্তান যন্ত্র কৌশলে ভূমিষ্ঠ করান হয়।

পদাগ্র প্রসব সর্ব্বাপেক্ষা সুবিধাজনক।

যে সকল স্থলে যুক্তভ্রূণ পদাগ্রভাবে প্রসব হইয়াছে তাহার বিবরণ পাঠ করিলে বুঝা যায় যে পদাগ্র প্রসবই এস্থলে সর্ব্বাপেক্ষা সুবিধাজনক এবং সৌভাগ্যবশতঃ পদদ্বয় আপনা হইতেই প্রথম নির্গত হয়। সুতরাং এই শ্রেণীভুক্ত ভ্রূণের পদ ভিন্ন অন্য কোন অঙ্গ নির্গমনোন্মুখ হইলে বিবর্ত্তন করাই যুক্তিসিদ্ধ। কিন্তু দুঃখের বিষয় এই যে এই নিয়মটি কার্য্যে পরিণত করা বড় কঠিন। কারণ প্রসব হইবার পূর্ব্বে যুক্তভ্রূণ কোন্ শ্রেণীর অন্তর্গত তাহা নির্ণয় করা যায় না। তবে অতি বিরল স্থলে কখন কখন এই নিয়ম অনুসারে কার্য্য করা গিয়াছে। মোলাস সাহেব একটি ঘটনার উল্লেখ করিয়াছেন যথায় উভয় ভ্রূণের মস্তক একত্রে নির্গমনোন্মুখ হইয়াছিল কিন্তু কোনটিই বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বারে আসিতে পারে নাই।

মস্তক প্রসব হওয়াই সর্ব্বাপেক্ষা কঠিন।

মস্তক প্রসব হওয়াই সর্ব্বাপেক্ষা কঠিন। কারণ যে সকল ঘটনা লিপিবদ্ধ আছে তাহার একটি ভিন্ন সকলগুলিতেই উভয় ভ্রূণের দেহ পরস্পরের সমসূত্র হইয়া স্বচ্ছন্দে নির্গত হইয়াছে কিন্তু গ্রীবা পর্য্যন্ত বাহির হইয়া আট্‌কাইয়া গিয়াছে। স্পষ্টই বুঝা যাইতেছে যে উভয় ভ্রূণের মস্তক কখনই একত্রে বাহির হইতে পারে না। এরূপ অবস্থায় দেহ ধরিয়া টানিলে মস্তক দুইটি এমন আবদ্ধ হইয়া যায় যে আর বিযুক্ত হইবার আশা থাকে না।

বস্তিগহ্বরের মধ্যে একটিমাত্র মস্তক আনিবার জন্য চেষ্টাকরা আবশ্যক।

বস্তিগহ্বরের এক্‌সেস্‌গুলি যে ভাবে আছে তদনুসারে বুঝা যায় যে পশ্চাদ্দিকে যে মস্তকটী আছে সেইটী অগ্রে প্রসব দ্বারে আসিবে। এইটি অনুষ্ঠান করিবার জন্য ভ্রূণদ্বয়ের নির্গত দেহ ধরিয়া প্রসূতির উদরের দিকে লইয়া যাওয়া কর্ত্তব্য। এই কার্য্যটী নিতান্ত আবশ্যক। ভ্রূণদ্বয়ের দেহ বস্তিগহ্বর হইতে নির্গত হইবার সময় তাহাদের পৃষ্ঠ

করে। মাতার বাক্য সমর্থন করিবার জন্য যমজ সন্তানেরা বড় হইলে বলিত যে খেলিবার সময় তাহারা এইরূপ উল্টা হইয়া অর্থাৎ একটির পদের নিকট অপরটি মস্তক রাখিয়া ক্রীড়া করিত। এই রূপে ১০।১২ বৎসর বয়ঃক্রম পর্য্যন্ত ইহারা খেলা করিত।

বস্তিগহ্বরের তির্য্যক মাপ দিয়া যাহাতে আইসে তাহা করা আবশ্যক। কারণ সম্মুখ-পশ্চাদস্থ মাপ দিয়া আসা অপেক্ষা তির্য্যক মাপ দিয়া আসিলে অধিক স্থান পাওয়া যায় এবং মস্তকদ্বয় সেক্রমের প্রমণ্টারি ও পিউবিক্ সিম্‌ফিসিসে আট্‌কাইবার সম্ভাবনাও অল্প হয়।

মস্তকাগ্রভাবে থাকিলে কিরূপে প্রসব হয়।

যদি মস্তক অগ্রে আইসে এবং আপনা হইতে প্রসব হইয়া যায় তাহা হইলে নিম্নলিখিত দুইটী উপায়ের কোনটি দ্বারা প্রসব সমাধা হইয়া থাকে। প্রথমটি সচরাচর ঘটিতে দেখা যায়। সেইটি এই—ভ্রূণের মস্তক ও স্কন্ধদ্বয় অগ্রে নির্গত হয় তৎপরে স্বতঃনিষ্ক্রমণের ন্যায় কৌশলে তাহার নিতম্ব ও পদদ্বয় বাহির হইয়া যায়। অবশেষে দ্বিতীয় সন্তানটী সম্ভবতঃ পদাগ্রভাবে সহজেই ভূমিষ্ঠ হয়। বার্কার সাহেব একটী ঘটনার উল্লেখ করেন যথায় উভয় মস্তকই ফর্সে-প্‌স্ দ্বারা নির্গত করান হয় এবং তৎপরে উভয়ের দেহ একত্রে ভূমিষ্ঠ হইয়া যায়। "অবষ্টেট্রিক্যাল্ ট্রান্‌জ্যাক্‌শন্‌স্" নামক সাময়িক পত্রের ষষ্ঠখণ্ডে এই-রূপ দুইটী ঘটনার উল্লেখ আছে। এই প্রথায় প্রসব হইলে দ্বিতীয় সন্তানের মস্তক অবশ্য প্রথম সন্তানের গ্রীবার অবকাশের মধ্যে থাকিবে এবং বস্তিগহ্বর-রও নিতান্ত প্রশস্ত হইবে। কেন না প্রথম সন্তানের গ্রীবা ও স্কন্ধদ্বারা বস্তি-গহ্বরের আয়তন ব্যাপ্ত থাকে সুতরাং দ্বিতীয় সন্তানের মস্তক নির্গত হইবার জন্য বস্তিগহ্বর অত্যন্ত প্রশস্ত হওয়া আবশ্যক। এই উভয় প্রথাতেই ভ্রূণের এবং বস্তিগহ্বরের আকার সুবিধামত হওয়া চাই। পদাগ্রভাবে যেরূপ সহজে প্রসব হয় এই উভয় প্রথাতে সেরূপ হয় না এবং প্রসব হইতে কষ্ট হয়। সুতরাং যুক্তভ্রূণের শ্রেণী নির্ণয় করিতে পারিলে বিবর্ত্তন দ্বারা পদদ্বয় নামাইয়া আনিবার চেষ্টা করা নিতান্ত কর্ত্তব্য। শ্রেণী নির্ণয় করিবার জন্য প্রসূতিকে ক্লোরোফর্ম আঘ্রাণ দ্বারা সংজ্ঞাহীন করাইয়া রীতিমত পরীক্ষা করা আবশ্যক।

ভ্রূণদ্বয়ের একটিকে খণ্ড বিখণ্ড করা।

ভ্রূণদ্বয়ের দেহ অধিকাংশ নির্গত হইয়া যদি দেখা যায় যে আর কোন মতেই প্রসব করান যায় না তাহা হইলে অগত্যা একটি ভ্রূণকে খণ্ড বিখণ্ড করিতে বাধ্য হইতে হয় এইরূপ করা হইলে অপরটি সহজেই ভূমিষ্ঠ হইয়া যায়। এক স্থলে এইকার্য্য আব-শ্যক হইয়াছিল। উভয় ভ্রূণ পদাগ্রভাবে বক্ষ পর্য্যন্ত নির্গত হইয়া আর কোন

মতেই বাহির হয় নাই। কাজে কাজেই সম্মুখস্থ সন্তান যতদূর বাহির হইয়া ছিল তত দূর হইতে গোল করিয়া কাটিয়া ফেলিতে হয়। কাটা হইলে অবশিষ্টাংশ অর্থাৎ মস্তক ও স্কন্ধদ্বয় জরায়ু মধ্যে পুনঃ প্রবিষ্ট হয়। তৎপরে পশ্চাদস্থ সন্তানকে টানিয়া বাহির করা যায়। অবশেষে কর্ত্তিত ভ্রূণ অনায়াসে বাহির হয়।

খ-শ্রেণী

দুইটি ভ্রূণ পরস্পরের পৃষ্ঠ দ্বারা যুক্ত হইলে এই শ্রেণীর অন্তর্গত বলা যায়। এই প্রকার তিনটি ঘটনার বিষয় লিপিবদ্ধ আছে। তিনটিই বিনা সাহায্যে আপনা হইতে ভূমিষ্ঠ হয়। হাঙ্গেরী দেশের বিখ্যাত যমজ জ্যুডিথ্ এবং হেলেনী এই তিনটির মধ্যে একটি। এই দুইটি যুক্তসন্তান বিংশবর্ষ বয়ঃক্রম পর্য্যন্ত জীবিত ছিল। প্রথমে হেলেনীর নাভী পর্য্যন্ত নির্গত হয় এবং তিন ঘণ্টা পর তাহার নিতম্ব ও পদদ্বয় বাহির হয়।* নর্ম্যান্ সাহেব আর একটি ঘটনার কথা বলেন যথায় ঠিক এইরূপ যুক্তসন্তান ভূমিষ্ঠ হইয়া ৯ দিন পর্য্যন্ত জীবিত ছিল।

পূর্ব্ব শ্রেণী অপেক্ষা এই শ্রেণীর যুক্ত সন্তান সহজে প্রসূত হয়।

পূর্ব্ব শ্রেণী অপেক্ষা এই শ্রেণীর যুক্তসন্তান সহজে প্রসূত হইবার সম্ভাবনা। কারণ ভ্রূণদ্বয় এরূপে যুক্ত থাকে যে প্রসবকালে একটির মস্তক প্রথমে নামিলে অপরটির দেহ যে প্রথমটির সহিত সমান্তরালে থাকিতেই হইবে তাহা নহে। প্রথম সন্তানটির মস্তক ও স্কন্ধদ্বয় নির্গত হইলে তাহার নিতম্ব ও পদদ্বয় স্বতঃ নিষ্ক্রমনের কৌশলের ন্যায় কোন কৌশলে বাহির হইয়া যায়। পদাগ্রভাবে প্রসব হইতে গেলে প্রসব কৌশল ও কার্য্যপ্রণালী পূর্ব্ব শ্রেণীর ন্যায় হইয়া থাকে। কিন্তু এরূপে প্রসূত হওয়া অত্যন্ত দুরূহ, কারণ এই শ্রেণীর ভ্রূণের সংযোগ নমনীয় নহে এবং পদাগ্রভাবে প্রসব করাইতে গেলে টানিবার সময় উভয়ের দেহ সমান্তরালে থাকা আবশ্যক।

গ শ্রেণী।

দ্বিমুণ্ডভ্রূণ এই শ্রেণীর অন্তর্গত। ডাং প্লেফেয়ার্ ৮টি দ্বিমুণ্ড ভ্রূণের জন্মবিবরণ সংগ্রহ করিয়াছেন তন্মধ্যে ৩টি আপনা হইতে ভূমিষ্ঠ হয়। এই ৩টির মধ্যে ২টি স্বতঃনিষ্ক্রমনের ন্যায় কৌশলে ভূমিষ্ঠ হয়। প্রথমে একটির মস্তক বাহির

---

* খৃঃ অব্দে ১৮৫১ সালের ১১ই জুলাই তারিখে ক্যারোলিনা দেশের বিখ্যাত যমজ কন্যা উক্ত রূপে ভূমিষ্ঠ হয়। ইহারা অদ্যাপি জীবিতা আছে। ইহাদের মাতার বস্তি

হইয়া পিউবিক খিলানের নিম্নে আবদ্ধ হয় এবং তৎপরে দেহটি ঠেলিয়া বাহির হয় অবশেষে দ্বিতীয় মস্তক অনায়াসে ভূমিষ্ঠ হয়। এই উপায়ে যদি প্রসব না হয় তাহা হইলে কাজে কাজেই প্রথম নির্গত মস্তকটিকে ছেদন করিয়া ফেলিতে হয় এবং পদদ্বয় নামাইয়া সহজেই ভূমিষ্ঠ হইয়া যায়। উক্ত ৮টির মধ্যে ২টী সন্তানের এইরূপ মস্তকচ্ছেদ করিতে হইয়াছিল। মস্তকচ্ছেদ করিতে দ্বিধা করিবার আবশ্যক নাই কারণ এরূপ দ্বিমুণ্ড ভ্রূণ ভূমিষ্ঠ হইয়া কখনই জীবিত থাকিতে পারে না। তৃতীয় সন্তানটী আপনা হইতে ভূমিষ্ঠ হয় এবং কথিত আছে যে উহার উভয় মস্তক একত্রে নির্গত হইয়া ছিল। বোধ হয় উহার একটী মস্তক অপরটীর গ্রীবার ফাঁকের মধ্যে ছিল বলিয়া শীঘ্রই দুইটী মস্তক একত্রে বাহির হইয়া ছিল। এরূপ সন্তান পদাগ্রভাবে আসিলে ক-শ্রেণীর ন্যায় প্রসব কার্য্য সমাধা করিতে হয়।

খ-শ্রেণী। দুইটী পৃথক্ দেহ মস্তকদ্বারা পরস্পর যুক্ত হইলে এই শ্রেণীর অন্তর্গত বলা যায়। এইরূপ সন্তান অতিবিরল। ডাং প্লেফেয়ার সাহেব *কেবল ২টী মাত্র ঘটনার বিবরণ সংগ্রহ করিয়াছেন।* ইহাদের মধ্যে একটী অত্যন্ত কষ্টে অপরটী সহজে প্রসূত হয়। এরূপ সন্তান মস্তকাগ্রভাবে আসিলে যদি দেখা যায় যে মস্তক কোন মতে নির্গত হইতেছে না তাহা হইলে ক্রেনিয়টমি করা উচিত। আর যদি পদাগ্র ভাবে আসিয়া মস্তক আটকাইয়া যায় তাহা হইলে পার্ফোরেশন্ অর্থাৎ ভেদ করিয়া মস্তক বাহির করা উচিত।

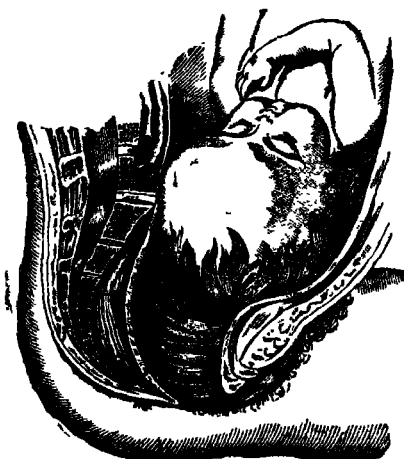
প্রসূতির পরিণাম। উপরোক্ত সকল ঘটনাতেই প্রসূতির কোন অশুভ ঘটনা পরিণামে হয় নাই। প্রসূতির মৃত্যু কেবল এক স্থানে উল্লেখ আছে। আবার অনেক গুলি ঘটনায় প্রসূতির পরিণাম সম্বন্ধে কোন উল্লেখ নাই। তথাপি আমরা অনুমান করি যে এই সকল স্থানে প্রসূতির কোন অনিষ্ট ঘটে নাই।

যে সকল কারণে প্রসব সঙ্কট উপস্থিত হয় তাহার মধ্যে কতকগুলি কারণ

গহ্বর রীতিমত প্রশস্ত থাকায় প্রসব হইতে কোন কষ্ট হয় নাই। ১৭০১ খৃঃ অঃ জোনি দেশের যমজ সন্তান যে রূপে ভূমিষ্ঠ হয় সেই রূপে ক্যারোলিনার যুক্ত কন্যাদ্বয়ের মধ্যে যেটি বৃহত্তর সেইটি অগ্রে ভূমিষ্ঠা হয়। হাঙ্গেরিয়ান্ কন্যাদ্বয়ের মৃত্যুকালে ক্যারোলিনার কন্যাদ্বয় ৭ বৎসর বয়োধিকা ছিল। (হ্যারিস)

জরায়ুমধ্যে ভ্রূণের হাইড্রো কেফেলাস্ বা মস্তিষ্কোদক রোগ।

ভ্রূণের পীড়া জন্য উৎপন্ন হয়। সচরাচর জরায়ুমধ্যে ভ্রূণের একটী সাংঘাতিক রোগ হইতে দেখা যায়। তাহাকে হাইড্রোকেফেলাস্ বা মস্তিষ্কোদক বলে অর্থাৎ মস্তকাভ্যন্তরে জল জন্মে। এইরোগে ভ্রূণ মস্তকের আয়তন এত অধিক হয় যে তদ্দ্বারা বস্তিগহ্বরের আয়তনের সহিত উহার সামঞ্জস্য থাকে না।

প্রসূতি ও সন্তানের পক্ষে ইহার অশুভ ফল।

সৌভাগ্যবশতঃ এই রোগ অপেক্ষাকৃত বিরল। ইহাতে পরিণামে প্রসূতি ও সন্তানের পক্ষে অতিগুরুতর অশুভ ফল ঘটিতে দেখা যায়। এডিনবারা নগরের ডাং কিলারকৃত তালিকা দেখিলে জানা যায় যে ৭৪টী ঘটনার মধ্যে ১৬জন প্রসূতির জরায়ু বিদীর্ণ হইয়াছে। কিজন্য প্রসূতির এরূপ ভয়ানক বিপদ ঘটিয়াছিল অনায়াসে বুঝা যায়। অতি অল্পসংখ্যক স্থলে ভ্রূণমস্তক এরূপ নমনশীল থাকিতে দেখা যায় যে (আভ্যন্তরিক জলের পরিমাণ অল্প থাকিলে) জরায়ুর চাপে উহার আকার ক্ষুদ্র হইয়া বস্তিগহ্বর হইতে অতিকষ্টে বাহির হইবার উপযোগী হয়। কিন্তু অধিকাংশস্থলে আয়তন এত বৃহৎ থাকে যে কোনমতেই নির্গমনোপযোগী হয় না। সুতরাং জরায়ু বৃথা চেষ্টায় অবসন্ন হইয়া পড়ে

এবং সময়ে সময়ে প্রতিবন্ধক অতিক্রম করিবার জন্য বিদীর্ণ হইতে দেখা যায়। আবার যদি জরায়ুমুখ উন্মুক্ত হইয়া থাকে তাহা হইলে বৃহৎ ও স্ফীত মস্তক-দ্বারা জরায়ুগ্রীবায় অথবা বস্তিগহ্বরস্থ উপাদানে এত ভয়ানক চাপ পড়ে যে গুরুতর অশুভ লক্ষণ প্রকাশ পাইতে পারে।

নির্ণয় করা সকল সময়ে সহজ নহে।

ধাত্রীবিদ্যা সম্বন্ধীয় গ্রন্থে এই রোগের বর্ণনা পাঠ করিয়া ইহা নির্ণয় করা যত সহজ মনে হয় প্রকৃতপ্রস্তাবে তত সহজ নহে। সুস্থ ভ্রূণমস্তক অপেক্ষা এই রোগে ভ্রূণমস্তক অধিকতর বড় ও গোলাকার হয় সত্য বটে এবং (স্যুচারস) মস্তকাস্থি সন্ধি সকল ও (ফণ্টা-নেলী) ব্রহ্মতালু অপেক্ষাকৃত বিস্তৃত এবং তন্মধ্য দিয়া সময়ে সময়ে সঞ্চলন (ফ্লাকৃচ্যুএশন্) অনুভব করা যায় বটে তথাপি ইহা স্মরণ রাখা আবশ্যক যে সচরাচর মস্তক বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বারের উর্দ্ধে আবদ্ধ থাকে সুতরাং উহা অনায়াস প্রাপ্য নহে এবং এই সকল বৈলক্ষণ্য কাজে কাজেই অনুভব করা যায় না। বস্তুতঃ বলিতে গেলে প্রসবের পূর্ব্বে এই রোগ অপেক্ষাকৃত অল্প স্থলেই নির্ণীত হয়। চসিয়ার সাহেব যতগুলি ঘটনা সংগ্রহ করিয়াছিলেন তন্মধ্যে অর্দ্ধেকের উপর নির্ণয় করিতে ভ্রম হইয়াছিল।

নির্ণয় প্রণালী।

পূর্ব্ব প্রসবের ইতিবৃত্ত শ্রবণ করিয়া অথবা সাবধানে পরীক্ষা করিয়া যদি কোন স্থলে বুঝা যায় যে বস্তিগহ্বরের বিকৃত গঠন নিবন্ধন কোন প্রতিবন্ধক নাই এবং প্রসব বেদনা রীতিমত রহিয়াছে অথচ ভ্রূণমস্তক কোন ক্রমেই বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বারে আবদ্ধ হইতেছে না তাহা হইলে হাইড্রোকেফেলাস্ রোগ আছে বলিয়া অনুমান করিলে যুক্তি বিরুদ্ধ হয় না। কিন্তু প্রসূতির সংজ্ঞালোপ করাইয়া যোনিমধ্যে হস্ত প্রবেশদ্বারা নির্গমনোন্মুখ অংশ যতক্ষণ পর্য্যন্ত উত্তমরূপে পরীক্ষা করা না যায়, ততক্ষণ এই রোগ সম্বন্ধে স্থির নিশ্চয় করা উচিত নহে। এই সকল স্থলে উত্তমরূপে পরীক্ষা করা একান্ত কর্ত্তব্য। পরীক্ষা দ্বারা নির্ণয় করা তত কঠিন হয় না কারণ এই রোগে ভ্রূণমস্তক সুস্থাবস্থাপেক্ষা অধিকতর বড়, গোলাকার, কোমল ও নমন-শীল হইয়া থাকে ও মস্তকাস্থি সন্ধি সকল অধিকতর বিযুক্ত এবং ব্রহ্মতালু স্পর্শে সঞ্চলন অনুভূত হয়।

অধিকাংশ স্থলে (কেহ কেহ বলেন ৫টীর মধ্যে একটিতে) ভ্রূণ নিতম্বাগ্র-

ভ্রূণনিতম্বাগ্রভাবে সচরাচর প্রসূত হয়।

ভাবে জরায়ুমুখে আইসে। এস্থলে নির্ণয় করা বড় কঠিন। যতক্ষণ পর্য্যন্ত ভ্রূণের স্কন্ধদ্বয় নির্গত না হয় ততক্ষণ প্রসবে কোন বিঘ্ন ঘটে না কিন্তু মস্তকটি নির্গমদ্বারে আসিবামাত্র একেবারে আট্‌কাইয়া যায়। তখন যত কেন টানাটানি করা যাক্ না কোন মতেই মস্তক বাহির হয় না। অত্যন্ত সাবধানে পরীক্ষা দ্বারাও বিলম্বের কারণ নির্ণয় করা যায় না কারণ যোনিমধ্যে অঙ্গুলি চালনা করিলে মস্তকের নিম্নদেশ স্পর্শকরা যায়। স্ফীত অংশে কোনক্রমে অঙ্গুলি পৌঁছে না। এই সময়ে প্রসূতির উদর স্পর্শন দ্বারা কিছু জানা যাইতে পারে কারণ জরায়ু ভ্রূণমস্তককে দৃঢ়ভাবে বেষ্টন করিয়া থাকে বলিয়া সংস্পর্শন দ্বারা মস্তকের অসাধারণ আয়তন অনুভব করা যাইতে পারে। হাইড্রোকেফেলাস্ রোগে ভ্রূণ দেহ শুষ্ক ও বিশীর্ণ হয়। সুতরাং ভ্রূণদেহ এরূপ দেখিতে পাইলে আমাদের সন্দেহ দৃঢ়ীভূত হয় ও বিলম্বের কারণ অনুমিত হয়। ভ্রূণ বস্ত্যগ্র ভাবে আসিলে প্রসূতির পক্ষে তত বিপদ ঘটে না কারণ ইহাতে স্কন্ধ পর্য্যন্ত নির্গত হইলে বিলম্ব ঘটে। তখন বিলম্বের কারণ শীঘ্র নির্ণয় করিয়া উপযুক্ত চিকিৎসা করা যায়। কিন্তু মস্তকাগ্রভাবে আসিলে প্রসূতির কোমলাংশে অধিকক্ষণ চাপ পড়ায় গুরুতর অনিষ্ট ঘটা সম্ভব।

চিকিৎসা।

এই রোগের চিকিৎসা কঠিন নহে, মস্তকটি ট্যাপ্ অর্থাৎ ভেদ করিয়াদিলে জল বাহির হইয়া মস্তকাস্থি সকল সঙ্কীর্ণ হইয়া যায়। এরূপ চিকিৎসায় আপত্তি বড় একটা নাই কারণ রোগটি যেরূপ সাংঘাতিক তাহাতে ভূমিষ্ঠ হইয়া সন্তান জীবিত থাকে না। এসপিরেটার্ যন্ত্র দ্বারা সুন্দররূপে জল টানিয়া লওয়া যায় এবং ভ্রূণেরও কিয়ৎকাল জীবিত থাকিবার আশা থাকে। কোন কোন স্থানে সন্তানকে অল্পকাল মাত্র জীবিত রাখিতে পারিলেও বিচারালয়ে বিচার কার্য্যের সুবিধা হয়।

সাধারণতঃ পার্ফোরেটার্ যন্ত্র ব্যবহার হয়। এই যন্ত্রদ্বারা মস্তকভেদ করিবামাত্র বেগে জল নিঃসৃত হয় সুতরাং আমরা অনায়াসে রোগ নির্ণয় করিতে পারি। স্রোডার্ সাহেব বলেন যে মস্তক ভেদ করা হইলে বিবর্ত্তন করা উচিত কারণ মস্তক সঙ্কীর্ণতা প্রাপ্ত হয় বলিয়া বস্তিগহ্বর হইতে অতি কষ্টে বাহির হয়। কিন্তু এই মতটি যুক্তিসঙ্গত নহে কারণ ইহা অন্দসণ

করিলে অনর্থক প্রসূতিকে কষ্টের উপর কষ্ট দেওয়া হয়। সচরাচর জল নিঃসৃত হইয়া গেলে প্রসব বেদনা প্রবল হয় এবং বিলম্ব হইবার আশঙ্কা থাকে না। মস্তক না আসিলে কেফ্যালোট্রাইব্ যন্ত্রদ্বারা মস্তক ভাঙ্গিয়া অনায়াসে বাহির করা যায়। ফর্সেপ্স্ অপেক্ষা কেফ্যালোট্রাইব্ দ্বারা মস্তক দৃঢ়রূপে ধৃত করা যায় সুতরাং এই যন্ত্রটিই ব্যবহার করা উচিত।

নিতম্বাগ্রভাবে থাকিলে চিকিৎসা।

বস্তিদেশ অগ্রে আসিলে অক্সিপিটাল্ অস্থি ভেদ করিতে হয়। এই অস্থি ভেদ করিতে হইলে কর্ণের পশ্চাতে অনায়াসে ভেদ করা যায়। টার্নিয়ার্ সাহেব একটি ঘটনার উল্লেখ করিয়াছেন ইহাতে ভ্রূণের মেরুদণ্ডে একখানি বিষ্ট্রী ছুরিকাদ্বারা কর্ত্তন করিয়া তাহার কাশেরুক (ভার্টেব্রাল্) প্রণালী মধ্যে রবার নির্ম্মিত একটি মেল্ক্যাথি- টার যন্ত্র প্রবিষ্ট করান হয় এবং ইহাদ্বারা ভ্রূণমস্তকের অভ্যন্তরস্থ জল নিঃসা- রিত করা হয়। এইটি করা হইলে সন্তান আপনা হইতেই ভূমিষ্ঠ হইয়া যায়। মস্তক উর্দ্ধে থাকিলে যদি পার্ফোরেটার্ যন্ত্র দ্বারা কার্য্য করা না যায় তখন এই উপায় অবলম্বন করা নিতান্ত আবশ্যক।

অন্যান্য প্রকারের জল সঞ্চয়।

ভ্রূণদেহে অন্যান্য প্রকারের জলসঞ্চয় হইলে প্রসব ক্রিয়া কিছু কষ্টকর হইতে পারে বটে কিন্তু তাহাতে তত বিপদের আশঙ্কা নাই। অল্পসংখ্যক স্থলে ভ্রূণের বক্ষাভ্যন্তরে জলসঞ্চয় হেতু বক্ষদেশ এত অধিক বিস্তৃত হয় যে তজ্জন্য প্রসব ব্যাপার কঠিন হইয়া পড়ে। ভ্রূণের উদরীরোগ অপেক্ষাকৃত অধিক স্থলে দেখা যায়। কখন কখন বা মূত্রাশয়ে অধিক পরিমাণে মূত্র থাকে বলিয়া দেহ নির্গত হইতে পারে না। এই সকল গুলির মধ্যে যে কোনটি বর্ত্তমান থাকুক না কেন সহজেই নির্ণয় করা যায়। কারণ নির্গমনোন্মুখ মস্তক অথবা নিতম্ব বাহির হইতে কোন কষ্টই হয় না। তাহার পর অবশিষ্ট দেহ আট্কাইয়া যায় কাজে কাজেই তখন চিকিৎসক সাবধানে পরীক্ষা করিতে বাধ্য হন এবং বিলম্বের কারণ বুঝিতে পারেন।

ভ্রূণের অর্ব্বুদ জন্য প্রসবসঙ্কট।

ভ্রূণের যকৃত, প্লীহা অথবা বৃক্ককে দুষ্ট অর্ব্বুদ জন্য কখন কখন প্রসব- সঙ্কট উপস্থিত হইয়া থাকে। ধাত্রীবিদ্যাবিষয়ক অনেক গ্রন্থে এরূপ ঘটনার উল্লেখ আছে। মস্তকাস্থির অসম্পূর্ণ গঠন জন্য হাইড্রোএন্‌কেফ্যালোসিল্ অর্থাৎ সোদক মস্তিষ্কার্ব্বুদ কিম্বা

কশেরুকার এইরূপ গঠন জন্য হাইড্রোর‍্যাকাইটিস্ রোগদ্বয় নিতান্ত বিরল নহে। এই সকল রোগ স্পষ্টরূপে নির্ণয় করিবার কোন উপায় নাই। প্রসব কার্য্য নির্ব্বাহ করিবারও বিশেষ কোন নিয়ম নাই। সুতরাং স্থলবিশেষে বিভিন্ন উপায় অবলম্বন করিতে হয়। এই সকল অর্ব্বুদ তাদৃশ বড় হয় না সুতরাং প্রসবে বড় বিঘ্ন ঘটে না। ইহাদের অধিকাংশই নমনশীল। বিশেষতঃ স্পাইনা বাইফিডা অর্থাৎ দ্বিখণ্ডিত মজ্জা প্রভৃতি কোষার্ব্বুদ বড়ই নমনশীল হয়। কোন কোন স্থলে অর্ব্বুদ ভেদ করিয়া দিলে সন্তান ভূমিষ্ঠ হইয়া যায়। কিন্তু উদর অথবা বক্ষে কঠিন অর্ব্বুদ হইলে ইভিসারেশন্ অর্থাৎ অন্তঃকোষ্ঠ কর্ত্তন করিতে হয়।

অন্যান্য আজন্ম বিকৃতি। কোন কোন সময়ে মস্তিষ্কবিহীন (?)ভ্রূণ জন্মিতে দেখা যায়। আবার কখন ভ্রূণের বক্ষঃ অথবা উদর-প্রাচীর অসম্পূর্ণ বিকাশ প্রাপ্ত হওয়ায় অন্তঃকোষ্ঠ সকল নির্গত থাকে। কিন্তু এই উভয় প্রকার ভ্রূণ জন্মিতে কষ্ট হয় না। তবে নির্গমনোন্মুখ অংশ অসাধারণ হয় বলিয়া নির্ণয় করা কঠিন হয়। সুতরাং সন্দেহ স্থলে যোনিমধ্যে হস্ত প্রবিষ্ট করিয়া পরীক্ষা করিলে ভ্রম হওয়া সম্ভব নহে।

ভ্রূণের আয়তন আধিক্য জন্য প্রসব সঙ্কট। ভ্রূণের পীড়া জন্য প্রসব সঙ্কটের বিষয় বলা গেল। এখন উহার আয়তনাধিক্য হইলে প্রসবে কতদূর বিঘ্ন হইতে পারে দেখা যাউক। ভ্রূণমস্তকের আয়তন অত্যন্ত বড় হইলে বিশেষতঃ মস্তকাস্থি সকল সমধিক দৃঢ় হইলে প্রসবে বিলম্ব হইতে পারে। ডাঃসিমসন্ সাহেব তালিকা সংগ্রহ করিয়া দেখিয়াছেন যে কন্যার মস্তকাপেক্ষা পুত্রের মস্তক ঈষৎ বড় হয় বলিয়া পুত্র প্রসব হইতে অপেক্ষাকৃত অধিক কষ্ট হয়। এবং কন্যা অপেক্ষা পুত্র জন্মিবার সময় অধিক বিপদ ও বিঘ্ন ঘটে। কেবল যে কন্যা ও পুত্র ভেদে সন্তানের আকারের ইতর বিশেষ হয় তাহা নহে। ডান্‌ক্যান্ ও হেকার সাহেবেরা প্রমাণ করিয়াছেন যে প্রসূতির বয়ঃক্রম ও গর্ব্ভসংখ্যা অনুসারে সন্তানের আকারের ইতর বিশেষ হয়। পিতা মাতার আকার অনুসারেও সন্তানের আকার হইয়া থাকে। উপরে যেসকল বিষয় উল্লেখ করা গেল তাহা হইতে মোটামুটি প্রসবের উপর কিরূপ ফল হয় তাহাই বুঝা যায় কিন্তু এই জ্ঞান কোন বিশেষ স্থলে

আমরা কার্য্যে পরিণত করিতে পারিনা কারণ প্রসব ব্যাপার অধিক অগ্রসর না হইলে মস্তকের আকার অথবা উহা কতদূর অস্থিতে পরিণত হইয়াছে তাহা জানা অসম্ভব।

চিকিৎসা। বস্তিগহ্বরের সঙ্কীর্ণতা জন্য অসামঞ্জস্য ঘটিলে যেরূপ চিকিৎসা করা যায় ভ্রূণমস্তকের কঠিনত্ব অথবা বৃহদাকার জন্য প্রসব ব্যাপার স্থগিত হইলে সেইরূপ চিকিৎসা করিতে হয়। সুতরাং সমধিক বিলম্ব ও স্বাভাবিক শক্তির অক্ষমতা দেখিলে তৎক্ষণাৎ ফর্সেপ্‌স্ প্রয়োগ করিতে হয়। ইহাতে কৃতকার্য্য না হইলে কাজে কাজেই পার্ফোরেশন্ অর্থাৎ মস্তক ভেদ করিতে বাধ্য হইতে হয়।

ভ্রূণদেহ অত্যন্ত বড় হইলে কদাচিৎ বিলম্ব হয়। ভ্রূণদেহ অধিক বড় হইলে প্রায় অত্যন্ত কষ্ট হয় না কারণ মস্তক নির্গত হইয়া নমনশীল দেহও বাহির হইয়া যায়। তথাপি দুই একটি ঘটনার উল্লেখ আছে যথায় ভ্রূণের বক্ষ ও স্কন্ধদ্বয় অত্যন্ত বৃহৎ থাকায় প্রসব হওয়া অসম্ভব হইয়াছিল। মস্তক নির্গত হইবার পর যদি ভ্রূণদেহ দৃঢ়াবদ্ধ থাকে তাহা হইলে উহার বগলে অঙ্গুলি দিয়া টানিতে হয় এবং যাহাতে স্কন্ধদ্বয় বস্তিগহ্বরের সম্মুখ-পশ্চাৎ মাপে আবর্ত্তিত হয় এরূপ করিতে হয়। এবং আবশ্যক হইলে ভ্রূণের বাহু টানিয়া বাহির করা উচিত কারণ তাহা হইলে বস্তিগহ্বরস্থ দেহাংশের আয়তন ক্ষুদ্র হয়। একটি ভ্রূণের দেহ নিতান্ত বড় ছিল বলিয়া হিক্‌স সাহেব কোন মতেই প্রসব করাইতে না পারায় অবশেষে ভ্রূণের অন্তঃকোষ্ঠ সকল কাটিয়া বাহির করিতে বাধ্য হয়েন। এরূপ কঠোর কৌশল সৌভাগ্য বশতঃ অত্যন্ত বিরল স্থলে আবশ্যক হয়। এই কারণ হইতে প্রসব সঙ্কট হইলে প্রায়ই স্বাভাবিক উপায়ে প্রসব সমাধা হইয়া থাকে।

দ্বাদশ পরিচ্ছেদ।

—০:—:০—

বস্তি দেশের গঠন বিকৃতি।

নিতম্বাস্থি সকলের গঠন বিকৃতি হইলে প্রসবকালে বিবিধ বিপদ ঘটে বলিয়া অন্যান্য বিষয় অপেক্ষা এবিষয়ে বিশেষ জ্ঞান থাকা নিতান্ত আবশ্যক। সুতরাং কি কারণে গঠন বিকৃতি ঘটে এবং ঘটিলে পরিণামে কি ফল হয় ও কি রূপেইবা প্রসবকালে কিম্বা প্রসবের পূর্ব্বে গঠন বিকৃতি নির্ণয় করা যায় এই সকল উত্তমরূপে জানা বিধিমতে কর্ত্তব্য। কিন্তু এই বিষয়টি সহজ নহে। বিশেষতঃ ধাত্রীবিদ্যাবিদ্ পণ্ডিতগণ সকলেই নিজ ইচ্ছামত শ্রেণীতে বিভিন্ন প্রকার গঠন বিকৃতি বিভক্ত করায় ইহাকে আরও কঠিন করিয়া তুলিয়াছেন।

এবিষয়ে বিশেষ জ্ঞান থাকা আবশ্যক।

বিভিন্ন প্রকারের গঠন বিকৃতি শ্রেণীবদ্ধ করিতে অনেকে চেষ্টা করিয়াছেন। কেহ কেহ যে কারণে বিকৃত গঠন ঘটিয়াছে সেই কারণ হইতে নিতম্বাস্থির বিকৃত গঠন উৎপন্ন হয় তন্মধ্যে রিকেট্‌স্ রোগ প্রধান। এই রোগে বস্তিগহ্বরের প্রবেশ দ্বারের কঞ্জুগেট্ মাপ ছোট হয়। আবার অস্‌টিওম্যালেসিয়া (অস্থি কোমলত্ব উৎপাদক) রোগ রিকেট্‌স্ রোগের অনুরূপ কেবল প্রভেদ এই যে প্রথম রোগটি যৌবনকালে হয়। এই রোগে বস্তিগহ্বরের ট্রান্‌স্‌ভার্স্ অর্থাৎ আড়া আড়ী মাপ ছোট হয়। পিউবিক্ অস্থিদ্বয় কাছাকাছি আইসে এবং কনজুগেট্ মাপটি অপেক্ষাকৃত এবং কখন কখন প্রকৃতই বড় হইতে দেখা যায়। সুতরাং এই দুই পীড়ার ফল বিভিন্ন শ্রেণীতে বিভক্ত অনুসারে শ্রেণী বিভাগ করিয়াছেন আবার কেহ কেহ বিকৃত গঠনের আকার অনুসারে শ্রেণী নির্ব্বাচন করিয়াছেন। কিন্তু আকার এত ভিন্ন প্রকারের দেখা যায় এবং একই (কি প্রায় একই) রূপ কারণ হইতে এত ভিন্ন ফল হয় যে উত্তমরূপে শ্রেণী বিভাগ কখনই নির্দ্দোষ হয় না। এইটি সপ্রমাণ করিবার জন্য একটি দৃষ্টান্ত দেওয়া যাইতেছে। যে সকল কারণ

শ্রেণীবদ্ধ করা কারণ অনুসারে শ্রেণী নির্ব্বাচনের আপত্তি।

কঠিন।

করা যাইতে পারিত কিন্তু দেখা যাইতেছে যে রিকেট্স্ রোগাক্রান্ত শিশুরা যদ্যপি ইতস্ততঃ দৌড়াইয়া বেড়ায় এবং যেসকল বাহ্য কারণ অষ্টিওম্যালে-সিয়া রোগগ্রস্ত ব্যক্তিগণের উপর ক্রিয়া প্রকাশ করে সেই প্রকার কারণে যদি ইহারাও পতিত হয় তাহা হইলে বস্তিগহ্বর এরূপ গঠন প্রাপ্ত হয় যে তাহা উক্ত রোগের বস্তিদেশ হইতে প্রভেদ করা কষ্টকর। কোন কোন গ্রন্থ-কর্ত্তা রিকেট্স্ রোগকে সিউডো অর্থাৎ মিথ্যা অষ্টিওম্যালেসিয়া নামে অভিহিত করেন।

অতএব মোটামুটি ধরিতে গেলে গঠন বিকৃতির স্থান ও প্রকৃতি অনুসারে শ্রেণী বিভাগ করাই সকলের অপেক্ষা সহজ ও বিজ্ঞান সম্মত। যে যে কারণে গঠন বিকৃতি ঘটে তন্মধ্যে কোন্ গুলি সচরাচর দেখা যায় তাহাই প্রথমে বিবেচনা করা যাইতেছে। সুস্থ অবস্থায় কিরূপে বস্তিগহ্বরের নিয়-মিত বিকাশ হয় ও ইহার স্বাভাবিক আকার কিরূপ জানা থাকিলে বিকৃ-তিযুক্ত বস্তিগহ্বরের নির্দ্দিষ্ট আকার কেন হয় তাহা বুঝা যাইতে পারে। বস্তিগহ্বরেব স্বভাবিক গঠন প্রণালী যে অধ্যায়ে বর্ণিত হইয়াছে তথায় বলা গিয়াছে যে দেহের উর্দ্ধাংশের ভর সেক্রোইলিয়াক্ সন্ধিদ্বারা ইলিয়াক্ অস্থিদ্বয়ে পতিত হয় এবং দেহের নিম্নাংশের প্রতিচাপও এসিটাবিউলা সন্ধিদ্বারা উক্ত অস্থিদ্বয়ে যায়। ইলি-য়াক্ অস্থিদ্বয়ের উপর এই দুই বিসম্বাদী শক্তি পতিত হওয়ায় বস্তিগহ্বরের স্বাভাবিক আকার উৎপন্ন হয়। এক্ষণে এই দুই খানি অস্থি অথবা উক্ত দুই সন্ধি যদি রোগগ্রস্ত হয় তাহা হইলে কাজে কাজেই বস্তিগহ্বরের আকার স্বাভাবিক না হইয়া বিকৃত হইয়া যায়। সুতরাং বুঝা যাইতেছে যে যে সকল কারণে বস্তিগহ্বরের স্বাভাবিক আকার উৎপন্ন হয় সেই সকল কারণ হইতেই অস্থি অথবা সন্ধিরোগ বশতঃ বস্তিগহ্বরের আকার পরিবর্ত্তন হইয়া থাকে। কখন অস্থি অথবা সন্ধিরোগ না থাকিলেও হয়ত কেবল স্বাভাবিক অপেক্ষা ক্ষুদ্রতর অস্থির উপর

বিকৃত গঠনের আকার অনুসারে শ্রেণী বিভাগ করাই সর্ব্বাপেক্ষা সহজ।

বস্তিগহ্বরের বিকৃত গঠন হইবার কারণ।

যে সকল কারণে বস্তিগহ্বরের স্বাভা-বিক আকার উৎ-পন্ন হয় সেই প্রকার কারণে বস্তিগহ্বরের বিকৃত গঠন হইয়া থাকে।

কখন কখন ঐ সকল কারণের

কার্য্যাধিক্য বশতঃ গঠন বিকৃতি হইতে দেখা যায়।

ঐ সকল কারণ অধিক পরিমাণে কার্য্য করায় বস্তি-গহ্বরের মাপগুলির বৈলক্ষণ্য ঘটিতে দেখা যায়। আবার কখন বা অস্থিগুলির গঠন সামগ্রীর রোগ জন্য তাহারা এরূপ পরিবর্ত্তিত ও কোমলীকৃত হয় যে তাহারা সহজেই অধিকতর নমিত হয়। সুতরাং এরূপ অস্থিগুলির উপর উক্তকারণের কার্য্য হইলে অনায়াসে তাহারা বিকৃত গঠন প্রাপ্ত হয়।

কখন কখন রোগ দ্বারা কোমলীকৃত অস্থির উপর ভর পড়ায় গঠন বিকৃতি দেখা যায়।

প্রধানতঃ যে দুইরোগে গঠন বিকৃতি উৎপন্ন হয় তাহাদিগকে রিকেট্‌স্ এবং অসটিওম্যালেসিয়া বলে। এই দুই রোগের স্বরূপ ও লক্ষণ এস্থলে বর্ণন করা আবশ্যক। তবে এইমাত্র বলা যাইতে পারে যে এই দুই রোগের নিদান একই প্রকার বলা হইয়া থাকে। কিন্তু ইহাদের মধ্যে প্রভেদ এইযে রিকেটস্ রোগ বাল্যকালে অস্থি সকল পরিপক্ক হইবার পূর্ব্বে হয় এবং অসটিওম্যালেসিয়া রোগ যৌবনকালে হইয়া পরিণত ও কঠিন অস্থি সকলকে কোমল করিয়া দেয়। উভয়ের মধ্যে এই প্রভেদ স্মরণ রাখিলে সচরাচর বিকৃত গঠন যুক্ত বস্তিগহ্বরের প্রকার ভেদ সহজেই বুঝা যায়।

রিকেট্‌স্ ও অস্‌-টিও ম্যালেসিয়া রোগের প্রভেদ।

রিকেট্‌স্ রোগ অত্যন্ত শৈশবাবস্থাতে এমন কি কখন কখন জরায়ুস্থ ভ্রূণেরও হইতে দেখা যায়। এই রোগদ্বারা সমগ্র অস্থি বিরলস্থলেই কোমলীকৃত হয়। তবে অত্যন্ত গুরুতর হইলে অস্থির যে সকল অংশ অস্থিতে পরিণত হইয়াছে সেই সকল অংশই কোমল হইয়া যায়। অস্থির উপাস্থিময় অংশে অর্থাৎ যথায় অস্থি সঞ্চার হয় নাই তথায় এই রোগের ফল স্পষ্ট দেখিতে পাওয়া যায়। সুতরাং অস্থিগুলি সমভাবে পরিবর্ত্তিত হয় না এবং এই নিমিত্তই আকারের বৈলক্ষণ্য ঘটিয়া থাকে। রিকেট্‌স্ রোগগ্রস্ত বালকগণের পেশী সকল পূর্ণ বিকাশ প্রাপ্ত হয় না। তাহারা অন্যান্য বালকগণের ন্যায় দৌড়াদৌড়ি করে না কেবল একস্থলে বসিয়া কিম্বা শয়ন করিয়া থাকে। কাজে কাজেই তাহা-দের দেহের নিম্নাংশের ভর এসিটাবিউলা সন্ধির উপর আদৌ পড়ে না অথবা যৎসামান্য মাত্র পড়ে। কিন্তু যে সকল বালক দৌড়াইতে সক্ষম তাহাদের

রিকেটস রোগের ফল।

-এইরোগ প্রথমবার হইলে দেহের নিম্নাংশের ভর এসিটাবিউলার উপর পড়ে বলিয়া অস্থিবিকৃতি বিশেষরূপে পরিবর্ত্তি হয়। রিকেট্স্ রোগাক্রান্ত বালকদিগের অস্থিগণ কেবল চাপ জন্যই যে পরিবর্ত্তিত আকার প্রাপ্ত হয় তাহা নহে তাহাদের পূর্ণবিকাশও হয় না। এই জন্য গঠন বিকৃতিও পরিবর্ত্তিত হয়। অস্থিগুলিতে অস্থি সঞ্চার হইলে তাহারা কঠিন ও অনমনীয় হয় এবং তখন তাহাদের পরিবর্ত্তিত আকার চিরকাল স্থায়ী হয়।

অস্টিওম্যালেসিয়া রোগের ফল। অস্‌টিওম্যালেসিয়া রোগে কঠিনতা প্রাপ্ত অস্থিগণের সমগ্র গঠনসামগ্রীই সমভাবে কোমল হইয়া যায় সুতরাং এই সকল অস্থির পরিবর্ত্তন নিয়মিত ও উহাদের আকার পূর্ব্ব হইতেই অপেক্ষাকৃত অনায়াসে নিরূপণ করা যাইতে পারে। প্যারিস মেটার্নিটি নামা সুতিকাগারে ১৬ বৎসরের মধ্যে ৪০২টি রোগী বিকৃত বস্তিগহ্বর প্রাপ্ত হইয়া আইসে এবং কেবল একটিমাত্র রোগী অস্‌টিওম্যালেসিয়া রোগ দ্বারা ঐ দশায় আইসে। এই উভয় রোগের ঘটনাসংখ্যা বিভিন্ন দেশে এবং বিভিন্ন অবস্থায় ভিন্ন প্রকার দেখা যায়। বড় বড় নগরের দরিদ্র

উভয় রোগের ঘটনাসংখ্যা। লোকদিগের বালক বালিকাগণের মধ্যে রিকেট্স রোগ অত্যন্ত প্রবল। কারণ ইহারা অযত্নে লালিত পালিত হয় এবং ইহাদের গ্রাসাচ্ছাদন ও বাস সম্বন্ধে কোনরূপ সুবিধা ঘটে না। অপরিষ্কার ও বায়ু সঞ্চলন রহিত গৃহে বাস ও কদন্ন ভোজন করিয়া এবং যৎসামান্যরূপে আচ্ছাদিত হইয়া এই সকল দরিদ্র সন্তান সহজেই রিকেট্স রোগাক্রান্ত হয় সুতরাং কুরূপ ও কদার্য্য গঠন ইহাদের মধ্যে যত অধিক দৃষ্ট হয় ধনবানদিগের সন্তান অথবা গ্রামবাসী ও অপেক্ষাকৃত স্বচ্ছন্দ মধ্যবিত্তগণের সন্তানদিগের মধ্যে তত নাই। বস্তিগহ্বরের গঠন বিকৃতি অত্যন্ত অধিক হইলে প্রসবকালে সিজারিয়ান সেকশন্ অথবা ক্রেণিয়টমি প্রভৃতি দুরূহ শস্ত্রক্রিয়া ভিন্ন প্রসব করান অসাধ্য। এপ্রকার গঠন বিকৃতি বিলাতে অত্যন্ত বিরল। কিন্তু ইউরোপ খণ্ডের কোন কোন প্রদেশে ইহা প্রায় দেখা যায় এবং তথায় উক্ত দুরূহ শস্ত্রক্রিয়া সকল সচরাচর অবলম্বিত হয়।

বস্তিগহ্বরের সন্ধি। বস্তিগহ্বরের এক কিম্বা একাধিক সন্ধি অস্থিতে পরিণত হইলে তাহার উপর দেহের চাপ এবং প্রতিচাপ পড়ায় বস্তিগহ্বরের

সকল অস্থিতে পরিণত হইবার ফল।

স্বাভাবিক আকার পরিবর্ত্তিত হয় ও আর এক শ্রেণীর গঠন বিকৃতি উৎপন্ন হইয়া থাকে এইরূপে নিয়েগ্‌লি সাহেব বর্ণিত ওব্‌লাইক্‌লি ওভেট্ বক্রভাবে অণ্ডাকার বস্তিগহ্বর উৎপন্ন হয় এবং রবার্ট সাহেব বর্ণিত ট্রান্‌স্‌ভার্স্‌লি কন্‌ট্রাকটেড অর্থাৎ আড়াআড়ি ভাবে সঙ্কীর্ণ বস্তিগহ্বর উৎপন্ন হইয়া থাকে। এই উভয় প্রকার বিকৃত-গঠন-যুক্ত বস্তিগহ্বর সচরাচর দেখা যায় না; তন্মধ্যে শেষেরটি আরও অল্প দেখা যায়।

বস্তিগহ্বরের গঠন বিকৃতির অন্যান্য কারণ।

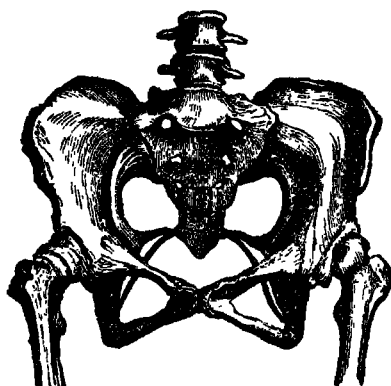
অস্থিগণের সাধারণ বিকাশের বৈলক্ষণ্য বশতঃ যে সকল গঠন বিকৃতির কথা বলা গেল তদ্ভিন্ন অন্য কারণ হইতে উৎপন্ন আরও কতকগুলি বিকৃত-গঠন-যুক্ত বস্তিগহ্বর দেখা যায়। যথা (১) স্পণ্ডাইলোলিথিসিস্ অর্থাৎ লাম্বার (কোমর) শ্রেণীর নিম্নস্থ কশেরুকাগণ নিম্নদিকে স্থানচ্যুত হইলে একপ্রকার গঠন বিকৃতিউৎপন্ন হয়। (২) পৃষ্ঠবংশের বক্রতা জন্য সেক্রমাস্থি স্থানচ্যুত হইলে আর এক প্রকার গঠন বিকৃতি দেখা যায়। যথা কাইফটিক্ ও স্কোলাইওটিক্ (৩) অথবা নিতম্বাস্থি সকলের পীড়া (যথা অর্ব্বুদ, দুষ্ট অর্ব্বুদ প্রভৃতি) জন্য তৃতীয় প্রকার গঠন বিকৃতি দেখা যায়।

সমভাবে প্রসারিত বস্তিগহ্বর।

কতকগুলি বস্তিগহ্বর এরূপ আছে যে তাহাদের মাপ স্বাভাবিক হইতে বিভিন্ন কিন্তু তাহাদের অস্থিগণের কোনরূপ বিকৃতি দেখা যায় না। ইহাদেরই বিষয় প্রথমে বলা যাইতেছে বস্তিগহ্বরের কেবল এইরূপ আয়তনের প্রভেদ কাহার কাহার আজন্ম থাকে কিন্তু কি কারণে এইরূপ প্রভেদ হয় তাহা বলা যায় না। যে বস্তিগহ্বরের সকল মাপই সমভাবে বড় তাহা এই শ্রেণীর অন্তর্গত। ইহাকে লাটিন ভাষায় পেল্‌ভিস্ ঈকোয়াবিলিটার-জাষ্টো-মেজর্ বলে। ইহাদ্বারা প্রসবে কোন বিঘ্ন ঘটে না। তবে ত্বরিত প্রসব হইতে পারে। জীবদ্দশায় ইহা নির্ণয় করা যায় না।

সমভাবে সঙ্কীর্ণ বস্তিগহ্বর।

দেখিতে সর্ব্বাঙ্গ সুগঠিতা স্ত্রীলোকদিগেরও বস্তিগহ্বরের মাপ সমভাবে সঙ্কীর্ণ হইতে পারে। ইহাকে পেল্‌ভিস্ ঈকোয়াবিলিটার জাষ্টো মাইনার বলে। ইহাদের বাহ্য গঠন দেখিলে এবং পূর্ব্ব বৃত্তান্ত শ্রবণ করিলে উক্ত প্রকার গঠন বিকৃতি আছে বলিয়া জানা যায় না। কখন কখন বস্তিগহ্বরের মাপ অর্দ্ধ ইঞ্চ্ বা ততোধিক

কম হইতে দেখা যায়। এরূপ হইলে প্রসবকালে যে কত ভয়ানক বিঘ্ন ঘটে তাহা সহজেই বুঝা যায়। নিয়েগ্‌লি সাহেব ৩টি ঘটনার বিষয় উল্লেখ করিয়াছেন। ইহার মধ্যে ২টি শস্ত্র কৌশলে অতি কষ্টে প্রসব করান হইলেও সাংঘাতিক হইয়াছিল এবং তৃতীয়টির জরায়ু বিদীর্ণ হওয়ায় মৃত্যু হইয়াছিল। সমভাবে সঙ্কীর্ণ বস্তিগহ্বর অতি অল্প সংখ্যক স্থলেই দেখা যায়। ক্ষুদ্রকায় বামনদিগের বস্তিগহ্বর অত্যন্ত ক্ষুদ্র হইতে পারে বটে কিন্তু তাহা বলিয়া স্ত্রীলোক বামন হইলেই যে তাহার বস্তিগহ্বর ক্ষুদ্র হইবে এরূপ নহে। বরং অনেক বামন স্ত্রীলোককে স্বচ্ছন্দে প্রসব হইতে দেখা গিয়াছে।

অবিকশিত বস্তিগহ্বর।

কোন কোন যুবতীর বস্তিগহ্বর শৈশবাবস্থায় যেরূপ ছিল ঠিক সেই রূপ থাকিতে দেখা যায়। ইনমিনেট্‌ অস্থিদ্বয়ের বিভিন্ন অংশের অকালে অস্থিতে পরিণতি দৌর্ব্বল্য কিম্বা র‍্যাকাইটিক্‌ (রিকেট্‌স) ধাতু জন্য বস্তিগহ্বরের স্বাভাবিক বিকাশ হইতে পারে নাই। এরূপ বস্তিগহ্বরের মাপ স্বাভাবিক অপেক্ষা ন্যূন হয় না কারণ বিকাশ না হইলেওবস্তিগহ্বরের বৃদ্ধি হইতে পারে। বস্তিগহ্বরের বিভিন্ন মাপ শৈশবাবস্থায় যেরূপ থাকে বৃদ্ধি হইলেও সেইরূপ থাকিয়া যায়। এন্‌টারোপোষ্টিরিয়ার অর্থাৎ সম্মুখ-পশ্চাৎ মাপ আড়াআড়ি মাপের সহিত সমান অথবা তাহা হইতে বড় হয়। ইস্কিয়াদ্বয় পরস্পরের নিকটবর্ত্তী থাকে এবং পিউবিক্‌ খিলান সঙ্কীর্ণ হয়। বস্তিগহ্বর এপ্রকার হইলে হইলে প্রসবকালে অত্যন্ত বিঘ্ন ঘটা

সম্ভব। বালিকাদিগের গর্ভ হইলে ঐরূপ বিঘ্ন হইতে পারে কিন্তু বয়োবৃদ্ধি হইলে তাহাদের বস্তিগহ্বরের বিকাশ হইতে পারে বলিয়া ভবিষ্যতে প্রসব কষ্ট না হওয়া সম্ভব।

পুরুষের ন্যায় অর্থাৎ ফানেল আকারের বস্তিগহ্বর।

কোন কোন স্ত্রীলোকের বস্তিগহ্বর পুরুষের বস্তিগহ্বরের ন্যায় হয়। তাহাদের বস্তিগহ্বরের অস্থি সকল স্বাভাবিক অপেক্ষা পুরু হয়, প্রবেশদ্বারের কঞ্জ্যুগেট্ মাপ বড় হয় এবং সমগ্র গহ্বরটি গভীরত ও নিম্নদিকে সঙ্কীর্ণ হইয়া থাকে কারণ ইস্কিয়াল্‌টুয্যবরসিটীদ্বয় পরস্পরের সন্নিকটে থাকে। যে সকল স্ত্রীলোক অধিক কায়িক শ্রম করে এবং বলিষ্ঠ ও দৃঢ়কায় হয় তাহাদিগের বস্তিগহ্বর এরূপ হইয়া থাকে। ডাং বার্ণিজ্ রয়েল মেটার্নিটি চ্যারিটী নামা দাতব্য সূতিকাগারে নিজ বহুদর্শীতার ফলে জানিয়াছেন যে বেথ্‌নাল্ গ্রিন্ পল্লী বাসিনী তন্তুবায় রমণীগণ অধিকক্ষণ বসিয়া কর্ম্মকরে বলিয়া তাহাদের বস্তিগহ্বর পুরুষের বস্তিগহ্বরের ন্যায় হয়। স্ত্রীলোকের বস্তিগহ্বর পুরুষের বস্তিগহ্বরের আকৃতি বিশিষ্ট হইবার কারণ বোধ হয় এই যেসমধিক কায়িক পরিশ্রমশালিনী স্ত্রীলোকদিগের মাংসপেশী সকল অসাধারণ পুষ্টিলাভ করে বলিয়া বস্তিগহ্বরে অধিক পরিমাণে অস্থিসঞ্চার হয়। এরূপ অস্থিসঞ্চার অধিক পরিমাণে না হইলে তাহাদের বস্তিগহ্বর আজীবন শৈশবাবস্থার ভাবে থাকিয়া যাইত। উক্ত প্রকার অধিক শ্রমশালিনী স্ত্রীলোকদিগের প্রসব কালে ভ্রূণ বস্তিগহ্বরের নির্গমদ্বারে আসিলে প্রসবে বিঘ্ন উপস্থিত হয় কারণ এই স্থানেই তাহাদের বস্তিগহ্বর ফানেলের মত সঙ্কীর্ণ।

প্রবেশদ্বারের কঞ্জুগেট্ মাপের সঙ্কীর্ণতা।

বস্তিগহ্বরের গঠন বিকৃতি যত প্রকার দেখা যায় তন্মধ্যে সম্মুখ-পশ্চাৎ মাপের সঙ্কীর্ণতা (চেপটা বস্তিগহ্বর) সচরাচর দেখা যায়। কিন্তু এই সঙ্কীর্ণতা কেবল প্রবেশ দ্বারে লক্ষিত হয়। অল্পমাত্র সঙ্কীর্ণতা থাকিলে রিকেট্‌স্ রোগ হইতে উৎপন্ন না হইলে হইতে পারে কিন্তু সঙ্কীর্ণতা অধিক হইলে অবশ্যই রিকেট্‌স্ রোগ হইতে উৎপন্ন বলিতে হইবে। রিকেট্‌স্ রোগের সহিত সংশ্রব না থাকিলে সঙ্কীর্ণতা এরূপে উৎপন্ন হইতে পারে। অস্থি সকলে অস্থিসঞ্চার হই-

থার পূর্ব্বে দেহের উপর কোনপ্রকার ভর পড়িলে অর্থাৎ বালিকাকালে ভার বহন করিলে সেক্রমাস্থি অযথা নামিয়া পড়ে ও সম্মুখদিকে ঠেলিয়া থাকে সুতরাং কঞ্জুগেট্ মাপ সঙ্কীর্ণ হয়।

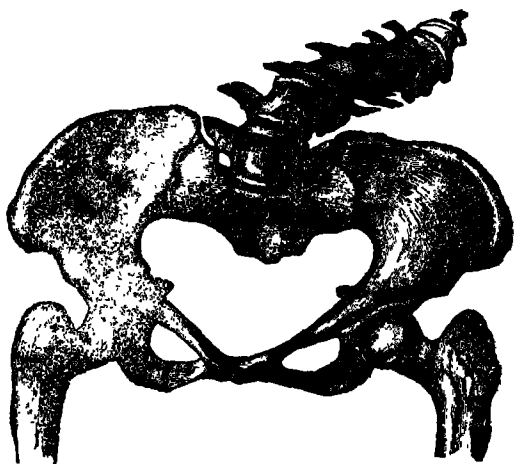
রিকেট্স্ রোগে কঞ্জুগেট্ মাপ কখন ঈষৎ সঙ্কীর্ণ হয় এবং কখন এত অধিক সঙ্কীর্ণ হয় যে সন্তান নির্গমনের প্রতিবন্ধক হয় কাজে কাজেই ক্রেণিয়টমী কিম্বা সিজারিয়ান্ সেক্‌শন্ করিয়া প্রসব করাইতে হয়। এই রোগে সেক্রম্ অস্থি কোমল হইয়া যায় এবং ঊর্দ্ধ হইতে দেহের ভর তাহার উপর পড়ায় নিম্নদিকে নামিয়া পড়ে। কিন্তু সেক্রমের্ যে অংশ অস্থিতে পরিণত হইয়াছে তাহা কঠিন থাকায় নামিয়া পড়ে না। ইহার ফল এই হয় যে সেক্রমের প্রমণ্টারি নিম্ন ও সম্মুখদিকে ঝুঁকিয়া থাকে। সুতরাং সেক্রম্‌গহ্বরের উদ্ধাংশ পশ্চাদ্দিকে অধিক হেলিয়া থাকে। পেরিনিয়ামের যেসকল পেশী কক্‌সিক্‌স অস্থিতে সংযুক্ত থাকে তদ্দ্বারা ও সেক্রো-ইস্কিয়াটিক বন্ধনীগুলি দ্বারা সেক্রমের শীর্ষকে সম্মুখদিকে টানিয়া রাখে বলিয়া সেক্রম্‌গহ্বরের নিম্নাংশ সম্মুখদিকে বক্রতা প্রাপ্ত হয়।

রিকেট্স রোগে কিরূপে কঞ্জুগেট মাপ সঙ্কীর্ণ হয়।

সেক্রমের প্রমণ্টারি উক্তরূপে ঝুঁকিয়া পড়ার ফল এই যে সেক্রোইলিয়াক্ বন্ধনী দ্বারা সেক্রোকটিলইড্ অস্থিখণ্ডের উপর অত্যন্ত চাপ পড়ে সুতরাং ইলিয়াক্ অস্থিদ্বয় বিস্তৃত হয় ও প্রবেশদ্বারের আড়াআড়ি মাপটি বড় হয়। অনেকে বলেন যে উক্ত গঠন বিকৃতিতে আড়াআড়ি মাপটি অত্যন্ত অধিক বড় হয় কিন্তু তাহা তত জানিতে পারা যায় না কারণ রিকেট্স্ রোগে অস্থি সকল উত্তমরূপে বিকাশ পায় না। বার্ণিজ্ সাহেব বলেন যে লণ্ডন নগরের যেসকল স্থানে রিকেট্স্ জনিত বিকৃতি অধিক দেখা যায় তথায় আড়াআড়ি মাপটি বড় প্রায় দেখিতে পাওয়া যায় না। সেক্রম-অস্থি কেবল যে নামিয়া পড়ে তাহা নহে সচরাচর উহা কোন না কোন দিকে বিশেষতঃ বামদিকে স্থানচ্যুত হইয়া যায়। সুতরাং প্রবেশদ্বারের আকারও বিকৃত হইয়া যায়। সেক্রমের এইরূপ স্থানচ্যুতি রিকেট্স্ ধাতুবিশিষ্ট ব্যক্তিগণের পৃষ্ঠবংশের পার্শ্ববক্রতা জন্য ঘটিয়া থাকে।

পার্শ্ববক্রতা অধিক হইলে বস্তিদেশের নাম স্কোলিও-র‍্যাকাইটিক্ হয়। ইহাতে বস্তিদেশের পার্শ্ব সৌষ্টবের হানি ও সঙ্কীর্ণতা উৎপন্ন হয়। ইলিও-

পেকিটনিয়াল রেখা ভিতর দিকে অর্থাৎ সেক্রো-ইলিয়াক্ সন্ধির দিকে বক্র হয় ও সিমৃফিসিস্ পিউবিস্ বিপরীত দিকে স্থান ভ্রষ্ট হয়। স্কোলাইওসিস্ রোগেও প্রায় এইপ্রকার গঠন বিকৃতি হয় তবে তদ্দ্বারা প্রসবে তত বিঘ্ন হয় না।

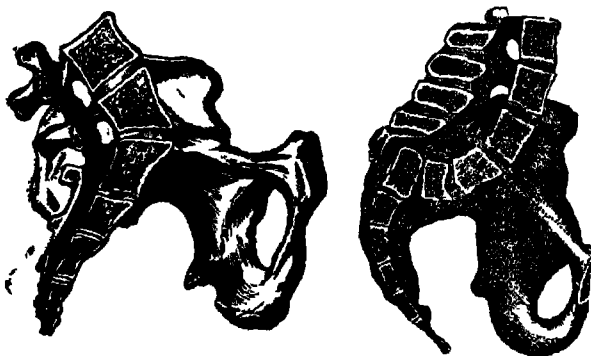
সচরাচর বস্তিগহ্বরের-কোন প্রভেদ হয় না।

এই শ্রেণীর ঘটনা মধ্যে অধিকাংশেরই বস্তিগহ্বরের আকৃতির ন্যূনতা দেখা যায় না বরং স্বাভাবিক অপেক্ষা অধিক বিস্তৃতিই দেখা যায়। রিকেট্স্ রোগগ্রস্ত বালিকাগণ সর্ব্বদা বসিয়া থাকে বলিয়া তাহাদের ইস্কিয়াদ্বয়ের উপর নিয়তই ভর পড়ে। সুতরাং ইস্কিয়াদ্বয় পরস্পর হইতে অধিক পৃথক্ হয় এবং পিউবক্ খিলান প্রশস্ত হয়। এইরূপ হওয়ায় শস্ত্র ক্রিয়া করিতে হইলে বড় সুবধা পাওয়া যায় কারণ হস্ত ও যন্ত্র কৌশলের জন্য অনেক স্থান থাকে।

ইংরাজি ৮ (8)অঙ্কের ন্যায় গঠন বিকৃতি।

অতি অল্পসংখ্যক স্থলে সিমৃফিসিস্ পিউবিস্ পশ্চাদ্দিকে নামিয়া পড়ায় কঞ্জ্যুগেট্ মাপ অধিকতর ক্ষুদ্র হইয়া যায় এবং বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বারের আকৃতি ইংরাজি ৮ (8) অঙ্কের ন্যায় হয়। ইহার সন্তোষপ্রদ কারণ বোধ হয় এই—সেক্রমের প্রমণ্টারি ঝুঁকিয়া থাকে বলিয়া দেহের মাধ্যাকর্ষণকেন্দ্র পশ্চাদ্দিকে যায়। এ অবস্থায় রেক্টাইপেশী

সকল যেস্থলে সংযুক্ত থাকে তথায় সঙ্কুচিত হয় এবং উক্ত বিকৃতি উৎপন্ন করে। কখন কখন সেক্রমের ঊর্দ্ধ কন্‌কেভ্ অংশ অদৃশ্য হইয়া সরল হইয়া যায় তখন গহ্বরের সম্মুখ-পশ্চাৎ মাপ অত্যন্ত ক্ষুদ্র হইয়া যায়।

স্পণ্ডাইলোলিথিসিস্।

অতি অল্প সংখ্যক স্থলে চতুর্থ এবং পঞ্চম লাম্বার্ কশেরুকা স্থানচ্যুত হইয়া সম্মুখ দিকে আসিতে দেখা যায় অথবা যদিও ঠিক স্থানচ্যুত না হয় তথাপি তাহারা বিবিধ সংযোগ হইতে বিচ্ছিন্ন হইয়া বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বারের স্থান ব্যাপিয়া থাকে এবং কঞ্জ্যুগেট্ মাপকে অত্যন্ত সঙ্কীর্ণ করিয়া ফেলে। ইহাকে স্পণ্ডাইলোলিথিসিস্ বলে। এই রোগ ১৮৫৩ খৃঃ অঃ বন্ নগরের কিলিয়ান্ সাহেব সর্ব্বপ্রথম সাধারণের গোচর করেন।

ইহার ফল যে কি হয় তাহা অনায়াসে বুঝা যায়। লাম্বার্ কশেরু ঝুঁকিয়া থাকায় সন্তান নিষ্ক্রমণে বিঘ্ন হয়। এই বিঘ্ন এত ভয়ানক হয়

যতগুলি ঘটনা লিপিবদ্ধ আছে তাহার অধিকাংশ স্থলেই সিজারিয়ান্ সেক্শন্ করিতে বাধ্য হইতে হইয়াছিল। প্রকৃত কঞ্জ্যুগেট্ মাপটি অর্থাৎ যেটি সেক্রমের প্রমণ্টারি ও সিম্ফিসিস পিউবিসের মধ্যে থাকে সেটি না কমিয়া বরং বাড়ে। কিন্তু এই বৃদ্ধির জন্য কোন সুবিধা হয় না বরং রিকেট্স্ রোগে কঞ্জ্যুগেট্ মাপ অত্যন্ত কমিয়া গেলে যেরূপ ভয়ানক অসুবিধা হয় এ রোগে তাহাই ঘটে কারণ স্থানচ্যুত কশেরুকা বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বার অবরোধ করিয়া প্রসবে প্রতিবন্ধক জন্মায়। এই গঠন বিকৃতির কারণ বিভিন্ন প্রকার বলিয়া বোধ হয়। কোন কোন স্থলে এই বিকৃতি আজন্ম থাকিতে দেখা যায়। আবার কোথাও অস্থিরোগ যথা ট্যুবার্ক্যুলোসিস্ কিম্বা স্ক্রুফুলা জনিত অস্থিরোগ বশতঃ প্রদাহ উপস্থিত হয় এবং শেষ লাম্বার্ কশেরুকা ও সেক্রমের সংযোগ কোমলীকৃত হইয়া তাহার নিম্নদিকেস্থানচ্যুত হয়। ল্যাম্ব্ল্ সাহেব বলিতেন যে স্পাইনা বাইফিডা (অর্থাৎ দ্বিখণ্ডীকৃত কশেরুকা মজ্জা) রোগ হইয়া কিয়ৎ পরিমাণে আরোগ্য হইলে এই বিকৃতি থাকিয়া যায় কারণ এই রোগে কশেরুকাগণ বিকৃত গঠন প্রাপ্ত হয় বলিয়া স্থানচ্যুতির সুবিধা ঘটে। ব্রড্হার্ষ্ট্ ইহা স্বীকার না করিয়া বলেন যে রিকেট্স্জনিত অস্থি ও বন্ধনী সকলের প্রদাহ ও কোমলতা হইতে এই বিকৃতি ঘটে কিন্তু ইহাকে প্রকৃত স্থানচ্যুতি বলা যায় না।

হার্গট্ সাহেব আর একপ্রকার গঠন বিকৃতির কথা বলেন তাহার নাম স্পণ্ডাইলোলিজেমা। ইহাতে নিম্নস্থ লাম্বার্ কশেরুকাগণের দেহ কেরীজ্ রোগদ্বারা নষ্ট হওয়ায় উর্দ্ধস্থ কশেরুকাগণ নিম্ন ও সম্মুখে নামিয়া পড়ে ও প্রবেশদ্বারে বিঘ্ন উৎপন্ন করে। স্পণ্ডাইলোলিথিসিস্ হইতে প্রভেদ এই যে ইহাতে অস্থিধ্বংশ হয়।

অষ্টিওম্যালেসিয়া রোগে বস্তিগহ্বরের উভয় তির্য্যকমাপ স্পষ্টরূপে সঙ্কীর্ণ হইতে দেখা যায়। পূর্ব্বে বলা গিয়াছে যে এই রোগে অস্থিগণের সর্ব্বত্র সমান কোমল হইয়া যায়। অসাইনমিনেটা অস্থিদ্বয়ের বিভিন্ন অংশ পরস্পরের সহিত সম্পূর্ণ মিলিত হইয়া গেলে এই রোগ আরম্ভ হয় বলিয়া অস্থিগণের আকার পরিবর্ত্তন সংঘটন করিয়া থাকে। অত্যন্ত গুরুতর স্থলে এই গঠন বিকৃতি এত

বক্র মাপের সঙ্কীর্ণতা।

অষ্টিওম্যালেসিয়া

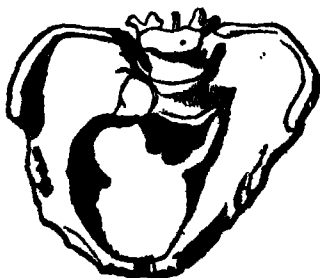
রোগে গঠন বিকৃতি। ভয়ানক হইয়া উঠে যে সিজারিয়ান্ সেক্শন্ ভিন্ন প্রসব করান অসম্ভব হইয়া পড়ে। কখন কখন অস্থিগণের কোমলতা দ্বারা প্রসবের সুবিধা হয়। কারণ নির্গমনোন্মুখ অংশের চাপে সঙ্কীর্ণ বস্তিগহ্বরের মাপ প্রশস্ত হইয়া যায়। জরায়ু মধ্যে হস্ত প্রবিষ্ট করাইলেও কোমল অস্থিগণ ঐরূপ প্রশস্ত হইতে দেখা গিয়াছে। কোথাও কোথাও গঠন বিকৃতি এত অধিক হয় যে সিজারিয়ান্ সেক্শন্ করা কর্ত্তব্য স্থির হইলে দেখা গিয়াছে যে এই সকল স্থলে কোমল অস্থিগণ অবশেষে এত বিস্তৃত হইয়াছে যে আপনা হইতে প্রসব নিষ্পন্ন হইয়াছে এবং সিজারিয়ান্ সেক্শনের কিছুমাত্র আবশ্যক হয় নাই।

অষ্টিওম্যালেসিয়া রোগে কিরূপে গঠন বিকৃতি হয়। দেহের ভর সেক্রমের উপর পড়ায় ইহাকে ঠিক সরল ভাবে নমিত করে এবং সেই সঙ্গে উহার বিভিন্ন অংশকে এরূপ চাপে যে উহার শীর্ষ এবং ভূমি কাছাকাছি আইসে। সেক্রমের প্রমণ্টারি বস্তিগহ্বরে ঝুঁকিয়া পড়ে বলিয়া প্রবেশ-দ্বারের কঞ্জ্যুগেট্ মাপটি সঙ্কীর্ণ হইয়া যায়। এই রোগে বস্তিদেশের অস্থিসকল কোমল হইয়া যাওয়ায় ফিমার্ অর্থাৎ উরুর অস্থি হইতে চাপ পাইয়া কটিলইড্ গর্ত্তের নিকট বস্তিগহ্বরের প্রাচীর ভিতর দিকে ঢুকিয়া যায়। এইটিই এই রোগের প্রধান লক্ষণ এবং ইহার ফলে বস্তিগহ্বরের উভয় তির্য্যকমাপই সঙ্কীর্ণ হইয়া যায়। বস্তিগহ্বরের আকার চিড়িতনের টেক্কার ন্যায় হয়।

পিউবিসের কিনারাও সেই সঙ্গে পরস্পরের সন্নিহিত হয় এবং এমন কি সমান্তরালে থাকে। প্রকৃত কঞ্জ্যুগেট্ মাপটি বড় হইয়া যায়।

ইস্কিয়ার ট্যুবরসিটী অর্থাৎ প্রবর্দ্ধনদ্বয় এবং বস্তিগহ্বরের পার্শ্বপ্রাচীরও পরস্পরের সন্নিহিত হয়। সুতরাং বস্তিগহ্বরের প্রবেশ ও নির্গম দ্বার উভয়েই বিকৃত গঠন প্রাপ্ত হয়।

বক্রভাবে সঙ্কীর্ণ বস্তিগহ্বর।

এক প্রকার গঠন বিকৃতি দেখা যায় যাহাতে বস্তিগহ্বরের একটি তির্য্যকমাপ সঙ্কীর্ণ হইয়া যায়। নিয়েগ্লি সাহেব বিশেষ অনুধাবন করিয়া এইরূপ বিকৃত গঠনের বিষয় উল্লেখ করিয়াছেন বলিয়া ইহার নাম নিয়েগ্লি সাহেবের বক্রভাবে সঙ্কীর্ণ বস্তিগহ্বর হইয়াছে।

এই গঠন বিকৃতি অতি অল্প সংখ্যক স্থলে দেখা যায় বটে তথাপি ইহার বিষয় বিশেষ অবগত থাকিলে স্বাভাবিক বস্তিগহ্বরের বিকাশ কিরূপে হয় তাহা অনায়াসে বুঝা যায়। কিন্তু জীবদ্দশায় ইহার অস্তিত্ব নির্ণয় করা অতি কঠিন কারণ ইহাতে বাহ্যিক কোনরূপ গঠন বিকৃতি বর্ত্তমান থাকে না।

সম্ভবতঃ প্রসবের পূর্ব্বে কখনও ইহা নির্ণীত হয় নাই। এই বিকৃতি থাকিলে প্রসব হওয়া অত্যন্ত দুরূহ এমন কি অসম্ভব। লিট্‌জম্যান্‌ বলেন যে ২৮টি ঘটনায় এই বিকৃতি থাকায় ২২টি প্রসবকালে মরিয়া যায়। সুতরাং এই বিকৃতির ভাবী ফল অত্যন্ত মন্দ এবং ইহা বিরল হইলেও ইহার বিষয় উত্তমরূপে জানা নিতান্ত আবশ্যক। ইহার প্রধান লক্ষণ এই যে বস্তিগহ্বরের একদিক বিকশিত না হইয়া সরল থাকিয়া যায় এবং সেই দিকের সেক্রোইলিয়াক্‌ সন্ধির এঙ্কাইলোসিস্‌ অর্থাৎ অচলতা হয়। সন্ধির অচলতা সর্ব্বদাই থাকিতে দেখা যায় এবং বোধ হয় ইহা আজন্ম বিকৃতি। সেই দিকের সেক্রমের অর্দ্ধেক এবং সেই দিকের সমগ্র অসইনমিনেটাম্‌ অত্যন্ত বিশীর্ণ হইয়া যায়। সেক্রমের প্রমণ্টারি রুগ্নদিকে অভিমুখীন থাকে এবং সিমফিসিস্‌ পিউবিস সুস্থদিকে ঝুঁকিয়া পড়ে। সেক্রোইলিয়াক্‌ সন্ধি না থাকায় এই গঠন বিকৃতি উৎপন্ন হয় কারণ এই হেতু বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বার পার্শ্বদিকে বিস্তৃত হইতে পায় না এবং ফিমার্‌ অর্থাৎ উরুর অস্থি হইতে প্রতিচাপ প্রাপ্ত হইয়া বিশীর্ণ অসইন্‌মিনেটাম্‌ ভিতর দিকে ঢুকিয়া যায়। রুগ্নদিকের ইলিওপেক্‌টিনিয়াল্‌ উন্নতাংশ হইতে সুস্থদিকের সেক্রোইলিয়াক্‌ সন্ধি পর্য্যন্ত বস্তিগহ্বরের মাপটির

ন্যূনতা অধিক দৃষ্ট হয়। কিন্তু অচল সন্ধিও সুস্থ অসইনমিনেটামের মধ্যস্থ বক্র মাপটির স্বাভাবিক দৈর্ঘ্য থাকে।

বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বারের কঞ্জ্যুগেট্ মাপের সঙ্কীর্ণতা যত অধিক স্থলে দেখা যায় আড়াআড়ি মাপের সঙ্কীর্ণত তত অধিক স্থলে দেখা যায় না। কশেরুকার পীড়া জন্য পৃষ্ঠবংশের নিম্নাংশ পশ্চাদ্দিকে বক্র হইলে বস্তিগহ্বরের আড়াআড়ি মাপের সঙ্কীর্ণতা উৎপন্ন হয়।

আড়াআড়ি মাপের সঙ্কীর্ণতা।

বস্তিগহ্বরের এরূপ গঠন বিকৃতিকে কাইফটিক্ বলে। পৃষ্ঠবংশের বক্রতার ফল এই হয় যে সেক্রমের প্রমণ্টারিকে পাশ্চাদ্দিকে উঠাইয়া ফেলে সুতরাং উহাকে স্পর্শ করা যায় না। এই জন্য বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বারের সম্মুখপশ্চাৎ মাপ বড় হয় ও আড়াআড়ি মাপ ছোট হইয়া যায় এবং উভয় মাপের ক্রম বিপরিত হইয়া যায়।

কাইফটিক্ গঠন বিকৃতি।

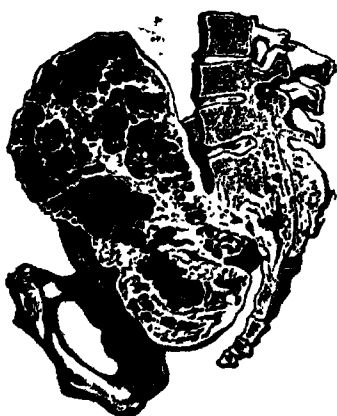
সেক্রমের ঊর্দ্ধাংশ যেমত পশ্চাদ্দিকে সরিয়া যায় তেমনি উহার নিম্নাংশ সম্মুখ দিকে ঝুঁকিয়া পড়ে। কাজেকাজেই গহ্বরের ও নির্গমদ্বারের সম্মুখপশ্চাৎ মাপ অত্যন্ত ছোট হইয়া যায়। ইস্কিয়াল্ ট্যুবরসিটিদ্বায়ও অধিক সন্নিহিত হয় এবং পিউবিক্ খিলান সঙ্কীর্ণ হইয়া যায়। বস্তিগহ্বরের নিম্নাংশে নির্গম দ্বারের নিকট প্রসবের বিঘ্ন ঘটে। কারণ যদিও প্রসবদ্বারের আড়াআড়ি মাপ সঙ্কীর্ণ হয় বটে তথাপি সন্তান মস্তক আসিবার যথেষ্ট স্থান থাকে।

আড়াআড়ি ভাবে সঙ্কীর্ণ বস্তিগহ্বর আর এক প্রকার দেখা যায় তাহাকে রবার্টের বস্তিগহ্বর বলে কারণ কোবলেণ্ট নগরের এই সাহেব প্রথমে ইহা বর্ণনা করেন।

রবার্টের বস্তিগহ্বর।

প্রকৃত প্রস্তাবে ইহা দুই দিকে তির্য্যকভাবে সঙ্কীর্ণ। উভয় সেক্রোইলিয়াক্ সন্ধি অচল (এঙ্কাইলোসিস্) হইলে এবং তজ্জনিত ইনমিনেট্ অস্থিদ্বয়ের অসম্পূর্ণ বিকাশ হইলে এই গঠন বিকৃতি ঘটে। বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বারের আকৃতি স্পষ্ট অবলং অর্থাৎ ষতদীর্ঘ ভত প্রশস্ত নহে। এবং প্রবেশ দ্বারের উভয় পার্শ্ব সমান্তরাল বিশিষ্ট। নির্গমদ্বার আড়াআড়ি ভাবে সঙ্কীর্ণ। এই গঠন বিকৃতি থাকিলে প্রসবে মহা সঙ্কট উপস্থিত হয়। ফ্রোডার সাহেব বলেন যে ৭টির মধ্যে ৬টি প্রসূতিকে সিজারিয়ান্ সেক্শন্ করিয়া প্রসব করাইতে হইয়াছিল।

সন্ধির পুরাতন পীড়া থাকিলে ফিমার্ অস্থির অর্থাৎ জংঘাস্থির মস্তক স্থানচ্যুত হয় এই নিমিত্ত অতি অল্প সংখ্যক স্থলে বস্তিগহ্বরের আড়াআড়ি ভাবে গঠন-বিকৃতি উৎপন্ন হইতে দেখা যায়। এই স্থলে ফিমার্ অস্থির মস্তক স্থানচ্যুত হইয়া যেখানে থাকে ইনমিনেট্ অস্থির সেই স্থানে সর্ব্বদা চাপ পড়ে সুতরাং সেই দিকের ইলিয়াক্ ফসা, অথবা উভয়দিকে স্থানচ্যুতি হইলে উভয়দিকের ইলিয়াক্ ফসা ভিতরদিকে ঢুকিয়া যায় এবং প্রবেশদ্বারের আড়াআড়ি মাপ সঙ্কীর্ণ হয়। ইস্কিয়ামের ট্যুবরসিটীদ্বয় পরস্পর হইতে অধিক দূরে অবস্থিতি করে বলিয়া নির্গমদ্বার প্রশস্ত হয়।

হিপ্-জয়েন্ট্ সন্ধির পুরাতন পীড়াজনিত গঠন বিকৃতি।

এক্‌জস্টোসিস্ অথবা অন্য কোন অস্থ্যর্ব্বুদ দ্বারা বস্তিগহ্বরের অবরোধ

অর্ব্বুদ অথবা ভগ্নাস্থিজন্য গঠন বিকৃতি।

ঘটিতে প্রায় দেখা যায় না। কিন্তু এরূপ অর্ব্বুদ বর্ত্তমান থাকিলে প্রসবে মহা সঙ্কট উপস্থিত হয়। মিঃউমু্ "বস্তিগহ্বর" নামক নিজ প্রবন্ধে এরূপ অদ্ভুত অদ্ভুত অনেক ঘটনা উল্লেখ করিয়াছেন।

তিনি বলেন যে সকলগুলিতেই প্রসবে প্রতিবন্ধক ছিল বলিয়াই সিজারিয়ান্ সেক্‌শন্ করিতে হয়। এই সকল অর্ব্বুদের মধ্যে কতকগুলি প্রকৃত এক্‌জস্‌টোসেস ছিল। ষ্টাড্‌ফেল্‌ড্‌ট্ সাহেব বলেন যে যেসকল বস্তিগহ্বর অন্য কারণে সঙ্কীর্ণ তাহাদের অনেকের মধ্যে এক্‌জস্‌টোসেস্ পাওয়া যায়। আবার সেক্রমের উদ্ধাংশে অষ্টিও-সারকমেটাস্ অর্ব্বুদ কখন কখন দেখা-যায়। ইহারা ইনমিনেট্ অস্থিতেও উৎপন্ন হইতে পারে। আবার আরও কতকগুলি দুষ্টার্ব্বুদও জন্মিতে দেখা যায়। কোন কোন স্থলে লিনীয়া-ইলিও পেক্‌টিনিয়াতে অস্থিখণ্ড জন্মিতে দেখা যায়। ইহারা অন্যত্রেও জন্মে। ইহাদ্বারা যদিও প্রসবের প্রতিবন্ধক হয় না তথাপি জরায়ু অথবা ভ্রূণমস্ত ইহাতে লাগিয়া অপায় প্রাপ্ত হইতে পারে। বস্তিগহ্বরের অস্থিগণ কখনও ভাঙ্গিয়া জোড়া লাগিলে যুক্তস্থানে "ক্যালাস্" জন্মিয়া উন্নত থাকিয়া যায়। এই সমস্ত গঠন বিকৃতি কোন শ্রেণীভুক্ত করা দুঃসাধ্য কারণ ইহারা বিবিধ প্রকার হইতে পারে। প্রসবের উপর ইহাদের ফলও বিবিধপ্রকার সুতরাং প্রসব নির্ব্বাহ করিবার জন্য কোন নির্দ্দিষ্ট নিয়ম করা যাইতে পারে না। প্রত্যেক স্থলের ইতিবৃত্ত ও অবস্থানুসারে চিকিৎসা করা কর্ত্তব্য।

গঠন বিকৃতি জনিত বস্তিগহ্বরের সঙ্কীর্ণতা থাকিলে সেই গঠন বিকৃতির

বস্তিগহ্বর সঙ্কীর্ণ হইলে প্রসব কৌশল।

পরিমাণ ও প্রকৃতি অনুসারে প্রসবে বিঘ্ন উপস্থিত হয়। কিন্তু সঙ্কীর্ণতা থাকিলেই চিন্তার কারণ হইয়া উঠে। এবং গুরুতর স্থলে অতিভয়ানক বিপদ ঘটে।

গঠন বিকৃতি সামান্য থাকিলে অর্থাৎ বস্তিগহ্বর ও নির্গমনোন্মুখ অংশের

বিকৃত গঠনযুক্ত বস্তিগহ্বরে জরায়ু সঙ্কোচের প্রকৃতি।

সামঞ্জস্য অতি অল্পমাত্র পরিবর্ত্তিত হইলে প্রসব বেদনা কিঞ্চিৎ অধিক প্রবল হয় ও প্রসবকাল কিছু দীর্ঘস্থায়ী হয় মাত্র। এরূপস্থলে জরায়ুর সঙ্কোচ সচরাচর প্রবল ও বেগবান হইতে দেখা যায়। ইহার কারণ বোধ হয় প্রতিরোধের আধিক্য।

জরায়ু সঙ্কোচ প্রবল ও বেগবান হওয়া বাঞ্ছনীয় এবং ইহাদ্বারাই প্রতিরোধ অতিক্রম করিয়া প্রসব হইতে পারে। প্রসবের প্রথমাবস্থা প্রায় দীর্ঘস্থায়ী হয় এবং ভ্রূণমস্তক প্রবেশদ্বারে নিযুক্ত করিতে বেদনা কার্য্যকারী হয় না। স্বাভাবিক প্রসব অপেক্ষা ইহাতে জরায়ু অধিক সঙ্কোচক্ষম হইলেও প্রসব হইতে অনেক অসুবিধা হয়।

প্রসূতির বিপদাশঙ্কা।

গুরুতর স্থলে অর্থাৎ যেখানে প্রতিবন্ধকের পরিমাণ অধিক এবং প্রসব কাল দীর্ঘস্থায়ী তথায় প্রসূতির বিপাদশঙ্কাও অধিক। সঙ্কীর্ণ বস্তিগহ্বর দিয়া ভ্রূণ নির্গত করাইবার জন্য জরায়ু বিফল চেষ্টা করায় সঙ্কোচ দীর্ঘস্থায়ীও প্রবল হয় এবং প্রসূতির কোমলাংশে দীর্ঘকাল পর্য্যন্ত চাপ পড়ে বলিয়া ঐ সকল কোমলাংশ প্রদাহ পীড়িত হয় এমনকি পচিয়া গিয়া মহা অনর্থ সঙ্ঘটন করিতে পারে। আবার প্রসব কার্য্যে সাহায্য করিবার জন্য ফর্সেপ্‌স্ প্রয়োগ, বিবর্ত্তন, ক্রেনিয়টমি অথবা সিজারিয়ান্ সেক্‌শন্ পর্য্যন্ত অবলম্বন করিতে হওয়ায় প্রসূতি সাক্ষাৎ সম্বন্ধে আহত হইতে পারে। এই সকল কারণে এরূপস্থলে ভাবীফল অত্যন্ত চিন্তার বিষয় হইয়া থাকে।

সন্তানের বিপদাশঙ্কা।

সন্তানেরও বিপদাশঙ্কা সামান্য নহে। বহুসংখ্যক সন্তান নিষ্পন্দজাত হয়। সন্তানের মৃত্যুসংখ্যা নানা কারণে অধিক হয়। এই সকল কারণের মধ্যে দীর্ঘস্থায়ী প্রসবকাল এবং নির্গমনোন্মুখ অংশে বহুক্ষণস্থায়ী চাপ এই কারণ প্রধান। যথায় বস্তিগহ্বরের সঙ্কীর্ণতা যৎসামান্য মাত্র থাকে, এমনকি প্রসূতির নিজ চেষ্টায় প্রসব সম্পন্ন হয় তথায় উক্ত কারণে প্রত্যেক ৫টি সন্তানের মধ্যে একটি নিষ্পন্দ জাত হয়। গঠন বিকৃতি যত অধিক হয় ততই সন্তানের ভাবীফল অনিষ্টকর হইয়া থাকে।

নাভীরজ্জু ভ্রংশ সচরাচর ঘটে।

বস্তিগহ্বরের গঠন বিকৃতি থাকিলে সচরাচর নাভীরজ্জু-ভ্রংশ ঘটে কারণ স্বাভাবিক প্রসবে ভ্রূণমস্তক যেরূপ বস্তিগহ্বরের প্রবেশ দ্বারে নিযুক্ত থাকে এ সকল স্থলে সেরূপ হয় না বলিয়া স্থান পাইয়া নাভীরজ্জু অগ্রে নামিয়া পড়ে। বস্তিগহ্বরের গঠন বিকৃতি থাকিলে এই দুর্ঘটনা এত সচরাচর ঘটিতে দেখা যায় যে ষ্টানেস্কো সাহেব ৪১৪ ঘটনার মধ্যে ৫১ টিতে ঘটিতে দেখিয়াছেন। বিলম্বসাধ্য প্রসবের

উপর যদি নাভীরজ্জু-ভ্রংশ ঘটে তাহা হইলে সন্তানের পক্ষে যে মারাত্মক হইবে তাহা বিচিত্র নহে। সন্তান মস্তকে অধিক চাপ পড়ে বলিয়া উহাতে অত্যধিক আঘাত লাগিবার সম্ভাবনা। বিশেষতঃ সেক্রমের প্রমণ্টারিতে লাগিয়া ভ্রূণমস্তক আঘাত প্রাপ্ত হইতে পারে। সন্তানমস্তকে অল্পক্ষণের জন্য অযথা চাপ পড়িলে মস্তকাস্থিগণের কেবল আকার পরিবর্ত্তন ও মস্তকের চর্ম্ম এবং মাংসে আঘাত ভিন্ন আর কিছু অনিষ্ট হয় না। কিন্তু সেক্রমের প্রমণ্টারিতে মস্তক আঘাত প্রাপ্ত হইলে মস্তকাস্থি সকল অবনত হইয়া যায় এবং গুরুতর লক্ষণ উপস্থিত হয়।

সন্তানের মস্তকে অপায়।

ফর্সেপ্স্ অথবা বিবর্ত্তন দ্বারা ভ্রূণমস্তক সবলে টানিয়া আনিলে সেক্রমেরউন্নতাংশে লাগিয়া মস্তকাস্থি সকল অতি ভয়ানকরূপে টোল খাইয়া যায়। বস্তি-গহ্বর যে পরিমাণে সঙ্কীর্ণ হয় সেই অনুসারে সন্তানমস্তকের অস্থি সকল উক্ত কারণে অবনত হইয়া থাকে। যদি সন্তানমস্তকের অস্থি সকল নমনশীল না হইত তাহা হইলে মস্তক ভেদ করিয়া উহার আয়তন ছোট না করিলে প্রসব করান অসম্ভব হইত। সেক্রমের প্রমণ্টারির নিকট সন্তানমস্তকের যে অংশ থাকে সেই অংশই অবনত হইয়া যায়। সুতরাং সন্তানমস্তকের পার্শ্বদেশে যথায় ফ্রণ্টাল্ ও প্যারাইট্যাল্ অস্থিদ্বয় সম্মিলিত হয় সেই স্থানটিই অবনত হইয়া থাকে। কখন কখন সন্তানমস্তকে সামান্য একটি স্থায়ীচিহ্ন থাকিয়া যায়। কিন্তু সচরাচর অস্থি অবনমনের চিহ্ন অল্পদিন মধ্যেই অদৃশ্য হইয়া যায়। বস্তিগহ্বরের সঙ্কীর্ণতাধিক্য বশতঃ যদি ভ্রূণ মস্তক টোল খাইয়া যায় তাহা হইলে ইহার ভাবীফল সন্তানের পক্ষে অতি গুরুতর হইয়া উঠে। কারণ এরূপ স্থলে শতকরা ৫০টি সন্তান প্রসবের পরেই অথবা কিছু বিলম্বে মরিয়া যাইতে দেখা গিয়াছে।

এই সকল প্রতিবন্ধক অতিক্রম করিবার জন্য প্রকৃতি কি উপায় অবলম্বন করেন জানা নিতান্ত আবশ্যক। বস্তিগহ্বরের গঠন বিকৃতি থাকিলে প্রসব-কৌশল স্বতন্ত্র প্রকার দেখা যায়। এই সকল স্থলে কি কৌশলে প্রসব সমাধা হয় উত্তমরূপে বুঝিতে পারিলে উপযুক্ত চিকিৎসা অবলম্বন করিতে অনায়াসে পারা যায়।

এই সকল স্থলে ভ্রূণের অস্বাভাবিক অবস্থান ঘটিতে সচরাচর দেখা

অস্বাভাবিক অবস্থান সচরাচর ঘটে।

যায়। ইহার কারণ দুইটি মাত্র। প্রথম কারণ এই যে সন্তানমস্তক বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বারে নিযুক্ত না হইয়া উহার ঊর্দ্ধে ভাসমান থাকে সুতরাং জরায়ুর সাঙ্কাচ হইলে মস্তক সরিয়া যায়। দ্বিতীয়তঃ গঠন বিকৃতি জন্য জরায়ুর একসিসের পরিবর্ত্তন হয়। বস্তিগহ্বরের গঠন বিকৃতি থাকিলে উদরের মাংসপেশী সকল শিথিল থাকে বলিয়া জরায়ুর ফাণ্ডাস্ উহার গ্রীবার সমসূত্রে অবস্থান করে সুতরাং ভ্রূণের অস্বাভাবিক অবস্থান প্রায় ঘটে। এই সকল স্থলে সন্তান নিতম্বাগ্রভাবে থাকিলে অসুবিধা না হইয়া বরং সুবিধা হয় কারণ জরায়ুর সঙ্কোচ ভ্রূণের মস্তকের উপর না পড়িয়া দেহের উপর পড়ায় তত অনিষ্ট ঘটে না।

সন্তান মস্তকাগ্রভাবে থাকিলে প্রসব কৌশল।

বস্তিগহ্বর দিয়া সন্তানমস্তক বাহির হইবার কৌশল স্বাভাবিক প্রসব কৌশল অপেক্ষা কিছু বিভিন্ন। স্পিজেলবার্গ এবং অন্যান্য জার্ম্ম্যান্ ধাত্রীবিদ্যাবিদ্ পণ্ডিতগণ এই কৌশল উত্তমরূপে নির্ণয় করিয়াছেন। বস্তিগহ্বরের প্রবেশ দ্বারের কন্‌জুগেট মাপ সঙ্কীর্ণ হইলে স্বভাবতঃ যে কৌশলে প্রতিবন্ধক অতিক্রমিত হয় সমগ্র বস্তিগহ্বর সঙ্কীর্ণ হইলে সে কৌশল অবলম্বিত না হইয়া ভিন্ন কৌশল অবলম্বিত হইয়া থাকে।

ক। প্রবেশদ্বারের সঙ্কীর্ণতায়।

বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বারের সঙ্কীর্ণতা সচরাচর দেখা যায়। এই সকল স্থলে সন্তানমস্তকের দীর্ঘ অক্‌সিপিটো ফ্রণ্টাল্ মাপ বস্তিগহ্বরের আড়াআড়ি মাপে থাকে। মস্তকের উভয় প্যারাইট্যাল্ অস্থি একত্রে সঙ্কীর্ণ প্রবেশদ্বারে যাইতে পারে না বলিয়া এক খানি প্যারাইট্যাল্ অস্থি অপরখানি অপেক্ষা নিম্নে থাকে। অধিকাংশ স্থলে যে প্যারাইট্যাল্ অস্থিখানি পিউবিসের অতি নিকটে থাকে সেই খানিই অবনত হয় সুতরাং স্যাজিটাল্ সন্ধি সেক্রমের প্রমণ্টারির নিকট অনুভূত হয়।

বস্তিগহ্বরের সঙ্কীর্ণতা যদি অনতিক্রম্য না হয় তাহা হইলে প্রসব যত অগ্রসর হয় তত সম্মুখস্থ ফণ্টানেলা বা ব্রহ্মতালু স্বাভাবিক প্রসবাপেক্ষা সহজে স্পর্শ করা যায়। এই সময়ে মস্তকের অক্‌সিপিটাল্ বা পশ্চাদ্দেশ বস্তিগহ্বরের পার্শ্বদিকে সরিয়া যায় সুতরাং মস্তকের পশ্চাদ্দিকের ক্ষুদ্র বাই-টেম্পো-

র‍্যাল্ মাপটি বস্তিগহ্বরের সঙ্কীর্ণ কনজ্যুগেট্ মাপে নিযুক্ত হয়। এই অবস্থায় পরীক্ষা করিলে জানা যায় (মনে করুন এই স্থলে ভ্রূণের অক্‌সিপট্ বস্তিগহ্বরের বামদিকে আছে) সম্মুখস্থ ফণ্টানেলী পশ্চাদস্থ ব্রহ্মতালু অপেক্ষা নিম্নে আছে। দক্ষিণদিকে মস্তকের বাই-টেম্পোর‍্যাল্ মাপ বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বারের কনজ্যুগেট্ মাপে আছে। (বাই-টেম্পোর‍্যাল্ মাপটি মস্তকের সকল মাপ অপেক্ষা ক্ষুদ্র বলিয়া ঐ ভাবে থাকায় সুবিধা হয়)এবং বাই-প্যারাইট্যাল্ মাপ ও মস্তকের অধিকাংশ বামদিকে আছে। প্রবেশদ্বারের আড়াআড়ি মাপে এবং সেক্রমের নিকটে স্যাজিট্যাল্ সন্ধি অনুভব করা যায় কারণ মস্তকটি তির্য্যকভাবে থাকে। জরায়ুর সঙ্কোচ দ্বারা সন্তানমস্তক নিম্নে অবতরণ করিলে প্যারাইট্যাল্ অস্থি সেক্রমের প্রমণ্টারির উপর থাকায় তথায় সবলে চাপ প্রাপ্ত হয়। সুতরাং স্যাজিট্যাল্ সন্ধিটি প্রসবদ্বারের প্রকৃত আড়াআড়ি মাপে যায় এবং পিউবিসের নিকটে আইসে। ইহার পর মস্তক নমিত হয় এবং অক্‌সিপট্ নিজ আড়াআড়ি এক্‌সিসের উপর ঘুবিয়া যায় সুতরাং উহা প্রবেশদ্বারের নিম্নে যায়। এইটি সম্পন্ন হইলে মস্তকের অবশিষ্টাংশ সহজেই বাধা অতিক্রম করিয়া যায়। এখন সন্তানের কপাল বস্তিগহ্বরের প্রাচীরে প্রতিরোধ প্রাপ্ত হয়। পশ্চাতের ব্রহ্মতালু নিম্নে অবতরণ করে। প্রবেশদ্বারের কনজ্যুগেট্ মাপের সঙ্কীর্ণতা থাকিলে বস্তিগহ্বরের মাপ ঠিক থাকে বলিয়া ঐ স্থলে মস্তক আসিলে সাধারণ উপায়ে নির্গত হইয়া যায়।

খ। সমগ্র গহ্বরের সঙ্কীর্ণতা থাকিলে।

সমগ্রবস্তিগহ্বর সঙ্কীর্ণ হইলে সন্তানমস্তকের পশ্চাদ্দিকের ফণ্টানেলী সর্ব্বাপেক্ষা নিম্নে থাকে। মস্তক প্রবেশদ্বারে নিযুক্ত হইলে প্রতিরোধ প্রাপ্ত হইয়া আর অগ্রসর হইতে পারে না। সন্তানমস্তকের অক্‌সিপিটাল্ বা ক্ষুদ্রতম অংশ অপেক্ষা বৃহত্তর অংশ অধিক প্রতিরোধ প্রাপ্ত হয়। সুতরাং সন্তানের চিবুক বক্ষের উপর অধিক নমিত হয়। এবং এই জন্যই পশ্চাদ্দিকের ব্রহ্মতালু অধিক অবনত হয় ও সম্মুখদিকের ব্রহ্মতালু উর্দ্ধে উত্থিত থাকায় স্পর্শ করিতে পারা যায় না। এইরূপ হওয়ায় মস্তকটি একটি ওয়েজের ন্যায় হইয়া সবলে নিম্নে আবদ্ধ হয় এবং বস্তিগহ্বর নিতান্ত সঙ্কীর্ণ না হইলে অবশেষে সম্মুখদিকের ব্রহ্মতালু অবতরণ করে ও সাধারণ উপায়ে প্রসব সমাধা হইয়া যায়।

কিন্তু বস্তিগহ্বর নিতান্ত সঙ্কীর্ণ হইলে সন্তানমস্তক বস্তিগহ্বরে আবদ্ধ হইয়া থাকে এবং কাজে কাজেই উহার আয়তন ক্ষুদ্র করিতে বাধ্য হইতে হয়।

বস্তিগহ্বরের আয়তন মোটের উপর সঙ্কীর্ণ থাকাসত্ত্বে যদি উহার অগ্র-পশ্চাৎ মাপ ক্ষুদ্র থাকে তাহা হইলে প্রসব কৌশল উক্ত উভয় শ্রেণীর প্রসব কৌশলের অনুরূপ হইয়া থাকে তবে যে শ্রেণীর গঠন বিকৃতির আধিক্য থাকে সেই শ্রেণীর প্রসব কৌশলই অধিক দেখা যায়। বস্তিগহ্বরের গঠন বিকৃতি

নির্ণয়। অত্যন্ত অধিক না হইলে প্রসবকাল আরম্ভ হইবার পূর্ব্বে কোন সন্দেহই করা যায় না সুতরাং এবিষয়ে আমাদের মতামত জানিবার কোন আবশ্যকও হয় না। যদি আবশ্যক হয় তাহা হইলে গঠন বিকৃতি আছে কিনা জানিবার অনেক উপায় আছে। রোগীর বালিকাকালের ইতিবৃত্ত শ্রবণকরা একটি প্রধান উপায়। যদি শুনাযায় যে রোগী শৈশবাবস্থায় রিকেট্স্ রোগাক্রান্ত হইয়াছিল বিশেষতঃ যদি অন্যান্য অঙ্গবিকৃতিতে ঐ রোগের চিহ্ন দেখা যায় কিম্বা গঠন খর্ব্ব থাকে অথবা মেরুদণ্ড তির্য্যক ভাবে থাকে তাহা হইলে বস্তিগহ্বরের গঠন বিকৃতি থাকা নিতান্ত সম্ভব। ইহার উপর যদি উদর বিশিষ্টরূপে ঝুলিয়া থাকে তাহা হইলে সন্দেহ দৃঢ়ীকৃত হয়।

কিন্তু বস্তিগহ্বর সাবধানে পরীক্ষা না করিলে এবিষয়ে স্থির নিশ্চয় করা

বস্তিগহ্বর সাবধানে পরীক্ষা করিবার আবশ্যক।

যায় না। পরীক্ষা দ্বারা বস্তিগহ্বরের গঠন বিকৃতির পরিমাণ ঠিক নির্ণয় করা অনেক দক্ষতা ও নৈপুণ্য সাপেক্ষ। অনেক সুবিজ্ঞ চিকিৎসক, সহজেই উদ্দেশ্য সাধন করিবার জন্য, বিবিধ জটিল পেল্‌ভিমিটার্ বা বস্তিগহ্বর পরিমাপ-যন্ত্র নির্ম্মাণ করিতে অনেক যত্ন ও পরিশ্রম বৃথা ব্যয় করিয়াছেন। অনেক সুবিজ্ঞ ধাত্রীবিদ্যাবিদ্ পণ্ডিতগণ বলেন যে বস্তিগহ্বরের অভ্যন্তর মাপিবার জন্য হস্তের তুল্য উৎকৃষ্ট যন্ত্র আর নাই। তবে বস্তিগহ্বরের বাহ্যমাপ লইবার জন্য এক জোড়া ক্যালিপার্ যন্ত্র (যথা বডিলক নির্ম্মিত বিখ্যাত ক্যালিপার্ যন্ত্র) আবশ্যক করে। বস্তিগহ্বরের আভ্যন্তরিক মাপের জন্য যন্ত্র ব্যবহারের আপত্তি এই যে ঐ সকল যন্ত্র দুর্ম্মূল্য ও জটিল এবং উহাদিগকে ব্যবহার করিতে গেলে রোগীকে আঘাত এবং বেদনা প্রাপ্ত হইতে হয়।

পূর্ব্বকালে অনেকে ভাবিতেন যে সেক্রম্ অস্থির সমস্ত কণ্টকবৎ প্রবর্দ্ধন

বাহ্য পরিমাপ। হইতে সিমফিসিসের দূরত্ব মাপিয়া লইলে এবং এই মাপ হইতে অস্থির কোমলাংশ সকলের ঘনত্ব বাদ দিলে প্রবেশদ্বারের কন্‌জ্যু-গেট্‌ মাপটি জানা যায়। কিন্তু এক্ষণে জানা গিয়াছে যে ইহার উপর নির্ভর করা যায় না এবং এই মাপ কোন কার্য্যে আইসে না। অন্যান্য বাহ্য মাপের পরস্পরের দৈর্ঘ্যের পরিবর্ত্তন দেখিলে অভ্যন্তরে গঠন বিকৃতি আছে কিনা জানিতে পারা যায়। তবে উহার পরিমাণ জানা যায় না। এই উদ্দেশ্যে ইলি-য়াম্‌ অস্থিদ্বয়ের এণ্টিরিয়ার্‌ সুপিরিয়ার (সম্মুখ ও ঊর্দ্ধ) কণ্টকবৎ প্রবর্দ্ধন-দ্বয়ের মধ্যের মাপ এবং উভয় অস্থির ক্রেষ্টের মধ্যস্থলের মাপ গ্রহণ করা হইয়া থাকে। এই দুই মাপ পরস্পর ১০।১১ ইঞ্চ্‌ মাত্র। স্পিজেল্‌বার্গ্‌ সাহেব বলেন যে এই সকল মাপদ্বারা নিম্নলিখিত তিনটির মধ্যে একটী ফল জানা যায়।

১। এই উভয় মাপই স্বাভাবিক অপেক্ষা ক্ষুদ্র হইতে পারে কিন্তু ইহাদের পরস্পরের সম্বন্ধ অপরিবর্ত্তিত থাকে। ২। ইলিয়াক্‌ অস্থিদ্বয়ের চূড়ার পরস্পর সম্বন্ধ ছোট হয় না কিম্বা অল্প ছোট হয় কিন্তু কণ্টকবৎ প্রবর্দ্ধনদ্বয়ের সম্বন্ধ বড় হয়। ৩। উভয় মাপই ক্ষুদ্র হইয়া যায় এবং উহাদের পরস্পরের সম্বন্ধ পরিবর্ত্তিত হয়। উভয় কণ্টকবৎ প্রবর্দ্ধণের দূরত্ব চূড়াদ্বয়ের দূরত্বের অপেক্ষা বড় না হইলেও সমান হয়।

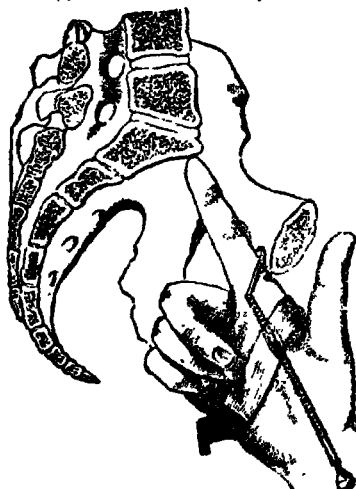
নং ১ অনুসারে মাপ হইলে বস্তিগহ্বর সমভাবে সঙ্কীর্ণ বুঝিতে হইবে। ২নং মত হইলে প্রবেশদ্বারের কেবল কঞ্জ্যুগেট্‌ মাপ সঙ্কীর্ণ বুঝিতে হইবে। এবং নং ৩ এর মত হইলে কঞ্জ্যুগেট্‌ মাপ সঙ্কীর্ণ এবংবস্তিগহ্বর সমভাবে সঙ্কীর্ণ জানিতে হইবে। এরূপ গঠন বিকৃতি কেবল গুরুতর রিকেট্‌স্‌ রোগেই ঘটে। এই সকল মাপ যদি স্বাভাবিক হয় এবং চূড়াদ্বয়ের দূরত্ব কণ্টকবৎ প্রবর্দ্ধনদ্বয়ের দূরত্ব অপেক্ষা একইঞ্চ্‌ অধিক হয় তাহা হইলে বস্তিগহ্বরের আয়তন স্বাভাবিক জানিতে হইবে।

এতদ্ব্যতীত বাহ্য কঞ্জুগেট্‌ মাপের পরিমাণ লইলে আরও অধিক জানা যাইতে পারে। এই মাপটি স্বভাবতঃ গড়ে ৭ৡ ইঞ্চ্‌ হইয়া থাকে। এই মাপ গ্রহণ করিতে হইলে এক জোড়া ক্যালিপার্‌ লইয়া তাহার একদিকের শেষাংশ শেষ লাম্বার কশেরুকার কণ্টকের নিম্নে রাখিয়া অপর দিকটি সিম-

ফিসিসের উর্দ্ধসীমার মধ্যস্থলে রাখিতে হয়। এইরূপে ধারণ করিয়া যদি দেখা যায় যে পরিমাপটি ৩ ইঞ্চের অধিক নহে তাহা হইলে বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বারের সম্মুখ-পশ্চাৎ মাপ সঙ্কীর্ণ বলিয়া স্থির করা যাইতে পারে। কিন্তু কতটুকু সঙ্কীর্ণ হইয়াছে তাহা অন্য উপায়ে জানিতে হইবে। এই সকল পরিমাপ গ্রহণ করিবার জন্য বডিলক্ নির্ম্মিত "কম্পাস ডাপাইস্যুর্" যন্ত্র অথবা ডাং ল্যাজারউইচ্ নির্ম্মিত পেল্ভিমিটার যন্ত্র ব্যবহার করা যাইতে পারে।

এই শেষ যন্ত্র দ্বারা বস্তিগহ্বরের অভ্যন্তরের পরিমাপও লওয়া যাইতে পারে। কিন্তু এই সকল যন্ত্রের অভাবে সূত্রধারদিগের ব্যবহৃত একজোড়া ক্যালিপার্ যন্ত্র থাকিলেও চলিতে পারে। বস্তিগহ্বরের অভ্যন্তরের পরিমাপ

আভ্যন্তরিক পরিমাপ।

বিশেষতঃ উহার সম্মুখ-পশ্চাৎ মাপে পরিমাপ লইয়া বাহ্য পরিমাপ সাব্যস্ত করা কর্ত্তব্য। সম্মুখ-পশ্চাৎ মাপের পরিমাপদ্বারা গঠন বিকৃতির পরিমাণ নির্ণয় করা যায়। প্রথমটি ইন্‌ক্লাইণ্ড্ কন্‌জ্যুগেট্ মাপের (অর্থাৎ যে মাপটি সিম্‌ফিসিসের নিম্নসীমা হইতে সেক্রমের প্রমণ্টারি পর্য্যন্ত আছে) দৈর্ঘ্য নির্ণয় করিবার চেষ্টাকরা কর্ত্তব্য। এই

মাপটি প্রকৃত কন্‌জ্যুগেট্ মাপ অপেক্ষা প্রায় গড়ে অর্দ্ধ ইঞ্চ্ বা ততোধিক বড় হয়। এই মাপ গ্রহণ করিবার নিমিত্ত রোগীকে চিৎ করিয়া শয়ন করাইতে হয়

এবং তাহার নিতম্ব উচ্চ করিয়া দিতে হয়। তাহার দক্ষিণ হস্তের তর্জ্জনী যোনি মধ্যে প্রবিষ্ট করাইয়া পেরিনিয়ামকে পশ্চাদ্দিকে দৃঢ় ভাবে ঠেলিয়া রাখিতে হয়। তাহা হইলে তাহার প্রতিরোধ অতিক্রম করা যায়। অঙ্গুলির অগ্রভাগ সেক্রমের প্রমণ্টারি স্পর্শ করিলে অঙ্গুলির রেডিয়াল্ সীমা (অর্থাৎ অঙ্গুলির যে দিকে রেডিয়াস্ অস্থি থাকে) এরূপ উন্নত করিবে যাহাতে পিউ-বিসের নিম্ন সীমা স্পর্শ করে। তৎপরে অঙ্গুলির যে অংশ সিমৃফিসিসের নিম্নদেশ স্পর্শ করিয়াছে তথায় অপর হস্তের তর্জ্জনী দিয়া চিহ্ন রাখিবে। এই চিহ্ন হইতে অঙ্গুলির শীর্ষদেশ পর্য্যন্ত কতদূর মাপিয়া সেই মাপ হইতে অর্দ্ধ ইঞ্চ্ বাদদিলে প্রবেশ দ্বারের প্রকৃত কন্‌জুগেট্ মাপ পাওয়া যাইবে। এই পরিমাপ লইবার জন্য বিবিধ পেল্‌ভিমিটার যন্ত্র নির্ম্মিত হইয়াছে যথা লামুলি আর্লের যন্ত্র, ল্যাজারউইচের যন্ত্র (এই উভয় যন্ত্রের নির্ম্মাণ কৌশল একই প্রকার) ভন্‌হুভেলের যন্ত্র।

এই সকল যন্ত্র অপেক্ষা ডাংগ্রিন্ হলের যন্ত্র উত্তম ও সহজ উপায়ে নির্ম্মিত এই যন্ত্র নিম্নলিখিতরূপে নির্ম্মিত—একটি ধাতু নির্ম্মিত নমনশীল পাতের উপর আর একটি ধাতু নির্ম্মিত ক্ষুদ্র যষ্টি সংলগ্ন থাকে এবং পাতখানি যে হস্ত দিয়া পরীক্ষা করিতে হইবে সেই হস্তের করতলে লাগাইতে হয়। ধাতু নির্ম্মিত যষ্টিটির এক দিক বক্র। এই বক্র অংশটি তর্জ্জনীর রেডিয়াল্ সীমায় লাগাইতে হয়। পরীক্ষা করিবার পদ্ধতি পূর্ব্বে বলা গিয়াছে। অঙ্গুলি সেক্রমের প্রমণ্টারি স্পর্শ করিলে ধাতুনির্ম্মিত যষ্টিটি ধীরে ধীরে টানিয়া লইতে হয়। যষ্টিটি সিম্-ফিসিসের পশ্চাদ্দিকে আসিলে (ইন্‌ফ্রাইও) তির্য্যককঞ্জুগেটের যথার্থ পরিমাপ যষ্টি গাত্রের ক্রম দেখিয়া নির্ণয় করিতে হয়।

বস্তিগহ্বরের যৎসামান্য সঙ্কীর্ণতা থাকিলে ও সেক্রমের প্রমণ্টারি স্পর্শ করিতে না পারিলে এই উপায় অবলম্বন করা বৃথা। ডাংরামস্‌বটাম্ বলেন কঞ্জুগেট্ মাপের পরিমাণ লইতে হইলে যোনিমধ্যে তর্জ্জনী ও মধ্যমা প্রবিষ্ট করাইয়া অঙ্গুলিদ্বয় ফাঁক করিয়া এক অঙ্গুলির শীর্ষদেশ প্রমণ্টারিতে এবং অপরটি সিমৃফিসিসের পশ্চাতে রাখিয়া ঐ অবস্থায় বাহিরে আনিতে হয় এবং তৎপরে তাহাদের দূরত্ব দেখিয়া কঞ্জুগেটের পরিমাপ লইতে হয়।

প্রসবকালে বাস্তিগহ্বরের যথার্থ অবস্থা নির্ণয় করিতে হইলে প্রসূতিকে

সংজ্ঞাহীন করাইয়া সমগ্রকর যোনিমধ্যে প্রবিষ্ট করাইতে হয়। প্রসূতির সজ্ঞান অবস্থায় এটি করা যায় না। কারণ তাহা হইলে দারুণ ব্যথা লাগিবার সম্ভাবনা। করপ্রবিষ্ট করাইয়া বস্তিগহ্বরের আয়তন ও সন্তানমস্তকের সহিত উহার সম্বন্ধ নির্ণয় করিতে হয়। এইরূপ করিলে এবং এসকল স্থলে প্রসব কৌশল কিরূপ উত্তমরূপে স্মরণ রাখিলে কোন্ শ্রেণীর গঠন বিকৃতি জানিতে পারা যায়। এই উপায়ে নির্গমদ্বারের সঙ্কীর্ণতাও অবধারিত হইতে পারে।

বস্তিগহ্বর তির্য্যকভাবে সঙ্কীর্ণ থাকিলে উক্ত উপায়দ্বারা নির্ণয় করা যায় না। কিন্ত নিয়েগ্‌লি সাহেববর্ণিত বাহ্য পরিমাপ গ্রহণ করিলে অনায়াসে নির্ণীত হইতে পারে। স্বাভাবিক অবস্থায় বস্তিগহ্বরের যেসকল পরিমাপ সমান হয় তির্য্যকভাবে সঙ্কীর্ণ বস্তিগহ্বরে তাহারা অসমান থাকে। যেস্থান হইতে বাহ্য পরিমাপ লইতে হয় তাহারা (১) একদিকের ইস্কিয়ামের ট্যুবরসিটী বা উন্নতাংশ হইতে অপরদিকের ইলিয়ামের পশ্চাৎ-ঊর্দ্ধ কণ্টকবৎ প্রবর্দ্ধন পর্য্যন্ত। (২) একদিকের ইলিয়ামের সম্মুখ-ঊর্দ্ধ কণ্টকবৎ প্রবর্দ্ধন হইতে অপর দিকের ইলিয়ামের পশ্চাৎঊর্দ্ধকণ্টকবৎ প্রবর্দ্ধন পর্য্যন্ত। (৩) একদিকের ট্রোক্যাণ্টার মেজর্ বা বৃহৎ ট্রোক্যাণ্টার হইতে অপর দিকের ইলিয়ামের পশ্চাদূর্দ্ধ কণ্টকবৎ প্রবর্দ্ধন পর্য্যন্ত (৪) সিম্ফিসিস্ পিউবিসের নিম্নসীমা হইতে একতর দিকের ইলিয়ামের পশ্চাদূর্দ্ধ কণ্টকবৎ প্রবর্দ্ধন পর্য্যন্ত (৫) শেষ লাম্বার্ বা কটিদেশের কশেরুকার কণ্টকবৎ প্রবর্দ্ধন হইতে একতরদিকের ইলিয়ামের সম্মুখ-ঊর্দ্ধ কণ্টকবৎ প্রবর্দ্ধন পর্য্যন্ত। এইসকল পরিমাপ যদি ১ ইঞ্ প্রভেদ বিশিষ্ট হয় তাহা হইলে বস্তিগহ্বর যে তির্য্যকভাবে সঙ্কীর্ণ তাহা স্বচ্ছন্দে বলা যাইতে পারে। এই নির্ণয়টি ঠিক কিনা সাব্যস্ত করিবার জন্য রোগীকে দাঁড়াইতে বলিয়া দুইটি প্লাম্ব্ লাইন্ বা ওলোং লইয়া একটি সেক্রমের কণ্টকবৎ প্রবর্দ্ধন হইতে এবং অপরটি সিম্ফিসিস্ হইতে ঝুলাইয়া দিতে হয়। স্বাভাবিক আকার বিশিষ্ট বস্তিগহ্বরে এরূপ করিলে দুইটি ওলোং সমসূত্রে থাকে। কিন্ত তির্য্যকভাবে সঙ্কীর্ণ বস্তিগহ্বরে এরূপ করিলে সম্মুখদিকের সূতাটি সুস্থদিকে অধিক ঝুঁকিয়া থাকে।

বস্তিগহ্বর সঙ্কীর্ণ হইলে প্রসবকার্য্য সুচারুরূপে নির্ব্বাহ করিবার উপায় অদ্যাপি উত্তমরূপে স্থির হয় নাই এবং এই বিষয় লইয়া

(Margin notes: তির্য্যক বস্তিগহ্বর নির্ণয় করিবার পদ্ধতি। / চিকিৎসা।)

অনেক আন্দোলন হইয়া গিয়াছে। সুদক্ষ বহুদর্শী ধাত্রীবিদ্যাবিৎ পণ্ডিত-গণের বিভিন্ন মত শ্রবণ করিলে এ বিষয়টি কতদূর কঠিন তাহা বুঝিতে পারা যায়। যেস্থলে গঠনবিকৃতি যৎসামান্য মাত্র এবং যথায় জীবিত সন্তান ভূমিষ্ঠ হইবার আশা থাকে কেবল সেই স্থলেই উক্তপ্রকার মতভেদ দৃষ্ট হয়। প্রবেশ-দ্বারের সম্মুখ-পশ্চাৎ মাপটি যথায় ২৫/৪ ইঞ্চ্। ৩ ইঞ্চ্ সন্তানের প্রাণনাশ করা যে তথায় অত্যাবশ্যক একথা সকলেই স্বীকার করেন। তবে বস্তিগহ্বর নিতান্ত সঙ্কীর্ণ হইলে কাজেকাজেই সিজারিয়ান্ সেক্শন্ করিতে হয়। কিন্তু সম্মুখ-পশ্চাৎ মাপটি যদি ৩ ইঞ্চ্ এবং স্বাভাবিক মাপের মাঝামাঝি হয় তাহা হইলে ফর্সেপ্স্ প্রয়োগ, বিবর্ত্তন, বা অকালপ্রসব ইহার মধ্যে কোন্‌টি অবলম্বন করা উচিত এবিষয়ে বিস্তর তর্কবিতর্ক হইয়াছে। কেহ কেহ বলেন যে ফর্সেপ্স্ প্রয়োগ করাই সর্ব্বতোভাবে কর্ত্তব্য তবে ইহাতে কৃতকার্য্য না হইলে বিবর্ত্তন করিতে বাধা নাই। এই মতটি সর্ব্ববাদি সম্মত। আজকাল জার্ম্মানি দেশের বিখ্যাত পণ্ডিতগণ ফর্সেপ্স্ ব্যবহার নিন্দনীয় বলেন অথবা অতি অল্প সংখ্যক স্থলে ব্যবহার করিতে পরামর্শ দেন। তাঁহারা বিবর্ত্তনের উপর প্রধানতঃ নির্ভর করিতে বলেন। অন্যান্য আধুনিক পণ্ডিত এসকল স্থলে অকালপ্রসব অনিষ্টকর বলিয়া থাকেন। কিন্তু বিলাতের ধাত্রীবিদ্যাবিৎ চিকিৎসকগণ অকালপ্রসব প্রথম উদ্ভব করেন বলিয়া গৌরব করেন। এই সকল বিরুদ্ধ মতের মধ্যে কোন্‌টি অবলম্বনীয় তাহা স্থির করা সহজ নহে। সুতরাং উক্ত তিনটি পৃথক্ পৃথক্ বর্ণনা করিয়া প্রত্যেকের সুবিধা অসুবিধা বিচার করিলে কোন্‌টি অবলম্বন করা যুক্তিসিদ্ধ তাহা বুঝা যাইবে।

ফর্সেপ্‌স্। বিলাতে এবং ফ্রান্স দেশে সকলেই স্বীকার করেন যে বস্তিগহ্বরের সঙ্কীর্ণতা সামান্য মাত্র থাকিলে ফর্সেপ্স্ প্রয়োগ করিবার উপর নির্ভর করা যাইতে পারে। কিন্তু ইহা স্মরণ রাখা কর্ত্তব্য যে স্বাভাবিক অবস্থায় জরায়ুর নিশ্চেষ্টতা জন্য প্রসবে বিলম্ব হইলে ফর্সেপ্স্ প্রয়োগ করা যত সহজ এসকল স্থলে তত নহে। কারণ ঐ সকল স্থলে প্রচুর স্থান থাকে এবং সন্তান মস্তক বস্তিগহ্বরে নিযুক্ত থাকে। কিন্তু সঙ্কীর্ণতা থাকিলে ফর্সেপ্সের ব্লেড্ ব' ফলক অতি ঊর্দ্ধে চালিত করিতে হয়। সন্তান মস্তক প্রবেশদ্বারে নিযুক্ত না থাকায় দৃঢ় থাকে না, এবং ফর্সেপ্স্ লাগাইলেও

অধিক বলপূর্ব্বক টানিতে হয়। বস্তিগহ্বরের সঙ্কীর্ণতা থাকিলে এই সকল কারণ বশতঃ কৃত্রিম সাহায্য করিতে ব্যস্ত হওয়া কর্ত্তব্য নহে। সৌভাগ্য-বশতঃ কৃত্রিম সাহায্য করিবার আবশ্যকতা প্রায় ঘটে না এবং সঙ্কীর্ণতা অত্যন্ত অধিক না থাকিলে কিয়ৎকাল মধ্যেই সন্তান মস্তক এরূপ আকার প্রাপ্ত হয় যে অনায়াসে প্রতিরোধ অতিক্রম করিতে পারে। এইজন্য সকল স্থলেই কিয়ৎকাল অপেক্ষা করা কর্ত্তব্য এবং প্রসূতির কোন কুলক্ষণ না থাকিলে অর্থাৎ উত্তাপ বৃদ্ধি, যোনির শুষ্কতা, নাড়ীর দ্রুতগতি ইত্যাদি লক্ষণ না থাকিলে, এবং ভ্রূণের হৃৎপিণ্ডের শব্দ স্বাভাবিক থাকিলে ঝিল্লী বিদীর্ণ হইবার পরেও কিয়ৎকাল সাহায্য না করিয়া অপেক্ষা করা উচিত। অপেক্ষা করিয়াও যদি কোন ফল না হয় তাহা হইলে কৃত্রিম সাহায্য করা আবশ্যক। বস্তি-গহ্বরের সকল প্রকার সঙ্কীর্ণতাতেই ফর্সেপ্‌স্ ব্যবহার করিতে পারা যায় বলিয়া সাধারণে স্বীকার করেন। বস্তিগহ্বরের আয়তন স্বাভাবিকই থাকুক অথবা উহার প্রবেশ-দ্বারের কন্‌জুগেট্ মাপ ৩½ ইঞ্চ্ই হউক সকল স্থলেই ফর্সেপ্‌স্ ব্যবহার করা যাইতে পারে। এই সকল স্থলে প্রসূতি নিজচেষ্টায় প্রসব হইতে না পারিলে ফর্সেপ্‌স্ দ্বারা টানিয়া প্রসব করান যাইতে পারে সন্দেহ নাই। এবং এই প্রক্রিয়াতে জীবিত সন্তান ভূমিষ্ঠ করিবার আশা থাকে। ষ্টানেস্কো সাহেব বলেন যে ১৭টি স্থলে বস্তিগহ্বরের গঠনবিকৃতি জন্য ফর্সেপস অতি-উর্দ্ধে প্রয়োগ করিতে হয় এবং তন্মধ্যে ১৩টি সন্তান জীবিত ভূমিষ্ঠ হইয়াছে। এই সকল স্থলে প্রসব যেরূপ দীর্ঘস্থায়ী হয় এবং সন্তান মস্তকে যেরূপ দীর্ঘ-কাল চাপ পড়ে তাহা বিবেচনা করিলে উক্ত ফল যে শুভকর তাহাতে আর সন্দেহ থাকে না।

স্বাভাবিক ক্ষমতা পরীক্ষাজন্য সময় দেওয়া কর্ত্তব্য।

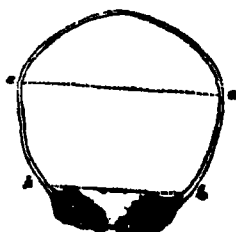
ফর্সেপ্‌স্ প্রয়োগ করিবার উপযুক্ত স্থল।

ফর্সেপ্‌স্ ব্যবহার সম্বন্ধে কি কি আপত্তি আছে এখন তাহা দেখা যাউক। এই সকল আপত্তি ব্রোডায় প্রভৃতি জার্ম্মান্ পণ্ডিতগণ উত্থিত করিয়াছেন। আপত্তি গুলি এই (১) ফর্সেপ্‌স্ যন্ত্র প্রয়োগ করা দুরূহ। (২) প্রসূতির কোমল উপাদানে আঘাত লাগা সম্ভব। (৩) ফর্সেপ্‌স্ যন্ত্র সন্তানের কপালে ও অক্‌সিপটে লাগাইতে হয় বলিয়া ফর্সে-

ফর্সেপ্‌স্ ব্যবহার সম্বন্ধে আপত্তি।

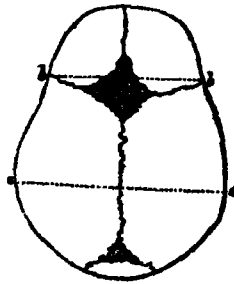
প্‌সের চাপে মস্তকের লম্বমাপ ছোট হইয়া গিয়া আড়াআড়ি মাপটি বড় হয় এবং এই আড়াআড়ি মাপটি প্রবেশদ্বারের সঙ্কীর্ণ স্থানে থাকায় প্রসব হওয়া দুরূহ হইয়া উঠে। কারণ যে মাপটি ছোট হইবার কথা সেইটি বড় হইয়া যায়। এই সকল লেখকগণ নিঃসন্দেহই ফর্সেপ্‌সের চাপ অত্যন্ত অধিক মনে করিয়া থাকেন। কিন্তু যে সকল ফর্সেপ্‌স্ যন্ত্র বিলাতে ব্যবহৃত হয় সেই সকল যন্ত্র-দ্বারা যদিও চাপ পড়িতে পারে তথাপি তদ্দ্বারা মস্তকে টান পড়ায় ক্ষতিপূরণ হইয়া যায়। টান পড়িলে সামান্য প্রতিবন্ধক অনায়াসে অতিক্রম করা যায় এবং প্রসূতি ও সন্তান কাহারও অনিষ্ট হয় না। অসংখ্য স্থলে ফর্সেপ্‌স্ ব্যবহারে উক্তরূপ সুফল হইয়াছে ইহাই প্রমাণ স্বরূপ দেখাইলে যথেষ্ট হইতে পারে।

সকল প্রকার গঠন বিকৃতিতেই যে ফর্সেপ্‌স্ উপযোগী তাহা নহে। সন্তান-মস্তক বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বারের ঊর্দ্ধে আর্য্য থাকিলে বস্তিগহ্বরের কেবল অগ্রপশ্চাৎ মাপ সঙ্কীর্ণ এবং উভয় পার্শ্বে অক্‌সিপট্ থাকিবার যথেষ্ট স্থান থাকিলে, এবং সকল স্থলে সচরাচর যাহা ঘটে, অর্থাৎ সন্তান মস্তকের সম্মুখস্থ ব্রহ্ম-তালু অবনত ও মস্তক প্রবেশদ্বারে আড়াআড়ি ভাবে থাকিলে, সম্ভবতঃ বিবর্তনই সহজ ও প্রসূতির পক্ষে নিরাপদ।

সকল প্রকার গঠন বিকৃতিতে ফর্সেপ্‌স্ ব্যবহার উপযোগী নহে।

এরূপ না হইয়া সন্তানমস্তক যদি প্রবেশদ্বারে রীতিমত নিযুক্ত ও আবদ্ধ থাকে তাহা হইলে মস্তক সবলে ঠেলিয়া না দিয়া বিবর্তন করা অসম্ভব। কিন্তু ঠেলিয়া দেওয়া সহজ নহে এবং কর্তব্যও নহে। বস্তিগহ্বর সাধারণতঃ সঙ্কীর্ণ থাকিলে এবং সন্তানমস্তক অত্যন্ত অবনত হইয়া তির্য্যকভাবে থাকিলে ও পশ্চাদ্দিকের ব্রহ্মতালু অত্যন্ত নিম্নে থাকিলে ফর্সেপ্‌স্ উপযোগী।

যেস্থলে ফর্সেপ্‌সদ্বারা কৃতকার্য্য হওয়া না যায় সেইখানে কি বিশেষ কারণে

কোন কোন স্থলে বিবর্ত্তন করা অধিক সুবিধাজনক।

বিবর্ত্তন সফল হয় এবং কেনই বা কেহ কেহ প্রথম হইতে বিবর্ত্তন অবলম্বন করা কর্ত্তব্য বিবেচনা করেন এ বিষয় ডাং সিম্‌সন্ যেরূপ বিশদরূপে নির্দ্দেশ করিয়াছেন সেরূপ আর কেহ করেন নাই। যদিও এই প্রক্রিয়া প্রাচীন কালের ধাত্রীবিদ্যা-বিৎ পণ্ডিতগণ অনুষ্ঠান করিতেন বটে তথাপি ইদানিন্তন ডাং সিম্‌সন্ ইহা পুনরুদ্ভব করিয়াছেন এবং ইহার পদ্ধতি সুন্দররূপে লিপিবদ্ধ করিয়াছেন। তিনি বলেন যে সন্তান মস্তকের আকার "কোণ্‌" অণ্ডের ন্যায়। মস্তকের বেস্ বা ভূমি অত্যন্ত সঙ্কীর্ণ এবং ইহার পরিমাপ সর্ব্বাপেক্ষা প্রশস্ত অংশের অর্থাৎ বাই প্যারাইটাল্ মাপ অপেক্ষা গড়ে ½ ইঞ্চ্ কম। স্বাভাবিক মস্তকাগ্র প্রসবে মস্তকের প্রশস্ত অংশ অগ্রে অবতরণ করে। কিন্তু বিবর্ত্তনদ্বারা পদদ্বয় নামাইয়া আনিলে মস্তকের ক্ষুদ্র অংশ বস্তিগহ্বরের সঙ্কীর্ণ প্রবেশদ্বারে আইসে এবং তথা হইতে অনায়াসে টানিয়া আনা যাইতে পারে। মস্তকের প্রশস্ত অংশ বস্তিগহ্বরের সঙ্কীর্ণ স্থান দিয়া বাহির হওয়া জরায়ুর সঙ্কোচদ্বারা প্রায় অসাধ্য হইয়া পড়ে। বিবর্ত্তনদ্বারা যে কেবল এই সুবিধাটি ঘটে তাহা নহে। ইহাদ্বারা মস্তকের সঙ্কীর্ণ বাইটেম্পোর্য়াল্ মাপ (যাহা বাই প্যারাইট্যাল্ মাপ অপেক্ষা গড়ে অর্দ্ধ ইঞ্চ্ কম) বস্তিগহ্বরের সঙ্কীর্ণ কঞ্জ্যুগেট্ মাপে আইসে এবং প্রশস্ত বাইপ্যারাইট্যাল্ মাপ বস্তিগহ্বরের প্রশস্ত পার্শ্বদেশে যায়।

এই সকল সুবিধার জন্য বিবর্ত্তনদ্বারা অনেক স্থলে কৃতকার্য্য হওয়া যায়।

বিবর্ত্তন স্থল।

যেসকল কারণ উল্লেখ করা গেল তাহাদ্বারা সহজে বুঝা

যাইতেছে যে বস্তিগহ্বরের সঙ্কীর্ণতা অধিক থাকিলে ফর্সেপ্‌স্‌দ্বারা সন্তান জীবিত প্রসব করান যায় না কিন্তু বিবর্ত্তন দ্বারা পারা যায়। অনেক ধাত্রী-বিদ্যাবিৎ পণ্ডিতগণ বলেন যে বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বার ২¾ ইঞ্চ্‌ পর্য্যন্ত সঙ্কীর্ণ থাকিলেও বিবর্ত্তন দ্বারা জীবিত সন্তান ভূমিষ্ঠ করা যাইতে পারে। বার্ণিজ্ সাহেব বলেন যে বস্তিগহ্বর ৩ ইঞ্চ্‌ পরিমিত সঙ্কীর্ণ হইলে যদি সন্তানমস্তক নিতান্ত কোমল ও নমনশীল হয় তাহা হইলে মস্তক টানিয়া বাহির করা যাইতে পাবে বটে কিন্তু তাহার জীবিতাশা অধিক থাকে না। সুতরাং বস্তি-গহ্বরের পরিমাপ ৩¼ ইঞ্চ্‌ হইতে স্বাভাবিক আকার পর্য্যন্তই বিবর্ত্তন অনুষ্ঠান করিবার সীমা।

ফর্সেপ্‌স্‌দ্বারা কৃতকার্য্য না হইলে বিবর্ত্তনদ্বারা হওয়া যায়।

প্রসূতি নিজ চেষ্টায় প্রসব হইতে না পারিলে এবং ফর্সেপ্‌সেরদ্বারাও কৃত-কার্য্য না হইলে যখন সন্তানের প্রাণনাশ ভিন্ন অন্য উপায় থাকে না তখন বিবর্ত্তনের দ্বারা যে প্রসব করান যাইতে পারে তাহা বোধ হয় কেহ অস্বীকার করিবেন না। এরূপ ঘটনা ধাত্রীবিদ্যা সম্বন্ধীয় বিবিধ পুস্তকে উল্লেখ আছে। ডাং ব্রাক্‌সটন্ হিক্‌স্ ৪টি ঘটনার বিষয় লিখিয়াছেন যেখানে ফর্সেপ্‌স্ দ্বারা কোন কার্য্য না হওয়ায় বিবর্ত্তন করিয়া তিনটি সন্তান জীবিত অবস্থায় ভূমিষ্ঠ করান হইয়াছে। একজন চিকিৎসকের দ্বারা যখন তিনটি সন্তানের প্রাণরক্ষা হইয়াছে তখন এই প্রক্রিয়া অবলম্বন করিলে এরূপ অবস্থায় যে অনেকের প্রাণরক্ষা হইতে পারে তাহাতে আর সন্দেহ নাই। সুতরাং সন্তান জীবিত আছে বুঝিতে পারিলে এবং অন্য উপায়ে কৃতকার্য্য না হইলে বিবর্ত্তন করিতে চেষ্টা করায় কোন প্রত্যবায় নাই। বিবর্ত্তনে সফল না হইলে পাছে ক্রেনিয়টমী করিতে হয় ভাবিয়া বিবর্ত্তনে ক্ষান্ত থাকা অনুচিত। সন্তান মস্তকাগ্রভাবে থাকিলে মস্তক ভেদ করা যদিও সহজ এবং বিবর্ত্তন করা হইলে মস্তক উর্দ্ধে যায় বলিয়া মস্তক ভেদ করা দুঃসাধ্য বটে তথাপি বিবর্ত্তন করিতে চেষ্টা করা কর্ত্তব্য কেননা যদি সফল হওয়া যায় তাহা হইলে ক্রেনিয়টমী কি অন্য কোন প্রক্রিয়ার আবশ্যক হইবে না।

উভয় প্রক্রিয়ার

কোন্ কোন্ স্থলে বিবর্ত্তন অনুষ্ঠান করিতে হইবে তাহা স্থির করা কিছু কঠিন। আজকাল বিজ্ঞানবিৎ পণ্ডিতগণের সাধারণ মত

তুলনা। যে বস্তিগহ্বর যদি কেবলমাত্র চ্যাপ্টা হয় এবং সম্মুখ-পশ্চাৎ মাপটি ২¾ ইঞ্চ্ অপেক্ষা কম না হয় তাহা হইলে বিবর্ত্তন করাই শ্রেয়স্কর। সন্দেহ স্থলে প্রসূতিকে সংজ্ঞাহীন করাইয়া সমগ্র করতল যোনিমধ্যে প্রবেশপূর্ব্বক সাবধানে পরীক্ষা করা কর্ত্তব্য। যদি স্যাজিট্যাল্ সন্ধি আড়াআড়ি থাকে, একখানি প্যারাইট্যাল্ অস্থি অপরখানি অপেক্ষা নিম্নে থাকে, ব্রহ্মতালু-দ্বয় সহজে স্পর্শ করা যায় এবং কপাল ও অক্সিপট্ থাকিবার স্থান ব্যতীত বস্তিগহ্বরের উভয় পার্শ্বে অধিক স্থান থাকে তাহা হইলে বিবর্ত্তনদ্বারা কার্য্য সিদ্ধি হওয়া সম্ভব। বিবর্ত্তনের পর মস্তক নির্গত করাইবার জন্য গুড্এল্ সাহেবের মতানুসারে একজন সহকারীকে উদরের উপর চাপ দিতে বলিতে হয়। কিন্তু এরূপ না হইয়া যদি সম্মুখস্থ ব্রহ্মতালু অধিক উচ্চ থাকে এবং স্পর্শ করিতে না পারা যায় ও মস্তক বক্ষের উপর নত থাকে তাহা হইলে বস্তিগহ্বরের সাধারণ আয়তন সঙ্কীর্ণ বুঝিতে হইবে এবং ফর্সেপ্স্ ব্যবহারই কর্ত্তব্য জানিতে হইবে।

যে যে স্থলে ক্রেনিঅটমী কি সিজারিয়ান্ সেক্শন্ করা আবশ্যক। *বস্তিগহ্বরের কনজুগেট্ মাপ যদি ৩ ইঞ্চ্ অপেক্ষাও ক্ষুদ্র হয় অথবা ফর্সেপ্স্* কি বিবর্ত্তন দ্বারাও কৃতকার্য্য না হওয়া যায় তাহা হইলে সন্তানের প্রাণনাশ অথবা সিজারিয়ান্ সেক্শন্ ভিন্ন উপায় নাই।

অকাল প্রসব করান। পূর্ণ গর্ভকালের বিপদ হইতে রক্ষা করিবার জন্য এবং সম্ভবতঃ সন্তানের প্রাণরক্ষা করিবার জন্য প্রসূতিকে অকালে প্রসব করাইবার বিষয় এখন বলা যাইতেছে। বিলাতে এই প্রথা আছে যে পূর্ব্ব প্রসবের ইতিবৃত্ত শ্রবণ করিয়া অথবা পূর্ব্ব প্রসবের বিষয় অবগত থাকিয়া কি উপস্থিত প্রসবে সাবধানে পরীক্ষা করিয়া যদি জানা যায় যে বস্তিগহ্বর সঙ্কীর্ণ তাহা হইলে গর্ভ পূর্ণকাল প্রাপ্ত হইবার পূর্ব্বেই প্রসব করান কর্ত্তব্য। কারণ তখন সন্তানমস্তক অপূর্ণবিকশিত বলিয়া অধিক চাপসহিষ্ণু থাকে এবং সহজে নির্গত হইতে পারে। ঐ সময়ে প্রসব করাইলে দুইপ্রকারে লাভ হয়। প্রথমতঃ প্রসূতির বিপদাশঙ্কা থাকে না, দ্বিতীয়তঃ সন্তানও জীবিত ভূমিষ্ঠ হইবার আশা থাকে।

এই প্রক্রিয়াটি সর্ব্বথা অনুসরণীয় ও বিবেচনা সিদ্ধ সুতরাং ইহার সাপক্ষে

এসম্বন্ধে আধুনিক আপত্তি। কিছুই বলিবার আবশ্যক ছিল না। তবে অনেক সুবিজ্ঞ চিকিৎসকগণ আজকাল ইহার বিপক্ষে মত প্রকাশ করিয়াছেন বলিয়া দুই একটি কথা বলিতে হইতেছে।

তাঁহারা বলেন যে অকালপ্রসব না করাইয়া প্রসূতিকে পূর্ণ গর্ভকালে প্রসব হইতে দিলে ভাল হয় ও কোন বিপদের ভয় থাকে না। তাঁহাদের মতে অকালপ্রসব করাইলে সন্তানের এত অধিক বিপদ ঘটিবার সম্ভাবনা থাকে যে তন্নিমিত্ত এই প্রথা একেবারে অবলম্বন না করাই ভাল। তবে যে স্থলে গঠন-বিকৃতি অত্যন্ত অধিক এবং যথায় সিজারিয়ান্ সেক্‌শন্ ভিন্ন অন্য উপায় নাই তথায় অকাল প্রসব করাইবার আপত্তি নাই। র‍্যাম্‌সবটাম্ সাহেবের সিদ্ধান্ত এই যে "অকালপ্রসব করাইলে প্রসূতির কিছু বিপদাশঙ্কা থাকে বটে কিন্তু আপনা হইতে অকালপ্রসব হইয়া গেলে যত অনিষ্টের আশঙ্কা অকালপ্রসব করাইলে তত নহে।" এই সিদ্ধান্তটি বিলাতের অন্যান্য সুদক্ষ চিকিৎসকগণও অনুমোদন করেন। বিলাতের চিকিৎসকগণ এই প্রক্রিয়া যত অধিক অনুষ্ঠান করেন অন্য দেশের চিকিৎসকেরা তত করেন না। সুতরাং বিলাতীয় চিকিৎ-সকের মতই গ্রাহ্য করা কর্ত্তব্য। সন্তানের বিপদসম্বন্ধে জার্ম্মান্ পণ্ডিতগণ যে তালিকা দিয়াছেন তাহা সত্য হইলেও অকালপ্রসবের বিরুদ্ধে কিছু বলা যায় না। কারণ পূর্ণ গর্ভকালের বিপদ হইতে প্রসূতিকে রক্ষা করাই অকাল-প্রসব করাইবার মুখ্য উদ্দেশ্য তবে সেই সঙ্গে সন্তানেরও জীবিতাশা কিছু থাকে। অকাল প্রসব না করাইলেও যখন সন্তানের জীবিতাশা থাকে না তখন সন্তানের বিপদ ঘটিবে বলিয়া অকালপ্রসবের বিরুদ্ধে বলা কর্ত্তব্য নহে। আবার অকালপ্রসব করাইবার পদ্ধতি অনুসারে উহার শুভাশুভ ফল ঘটিয়া থাকে। কারণ অনেকে যে যে পদ্ধতি অনুযায়ী অকালপ্রসব করাইবার পরামর্শ দেন সেই পদ্ধতিতেই প্রসূতি ও সন্তানের বিপদ ঘটা সম্ভব। সুতরাং ডান্‌ক্যান্ সাহেব যাহা বলেন তাহা স্বীকার করিতে হয়। তিনি বলেন যে অকালপ্রসব করাইবার নিতান্ত আবশ্যক না হইলেও অনেক স্থলে উহা অনুষ্ঠিত হইয়া থাকে এবং বস্তিগহ্বরের অত্যধিক সঙ্কীর্ণতা যত অধিক ঘটে বলিয়া বিবেচনা করা যায় বস্তুতঃ উহা তত অধিক ঘটে না। অত্যধিক সঙ্কীর্ণতা প্রায় দেখা যায় না। সুতরাং সাবধানে নির্ণয় করা নিতান্ত আবশ্যক।

কিন্তু তাহা বলিয়া এই বহুকাল প্রচলিত শুভকর প্রক্রিয়াটি ত্যাগ করা উচিত নহে।

অকাল প্রসবের কাল নিরূপণ।

যেস্থলে অকালপ্রসব করান যুক্তিসিদ্ধ বিবেচনা করা যায় তথায় কোন্ সময়ে উহার অনুষ্ঠান করা উচিত তাহা নিরূপণ করা কর্ত্তব্য। কয়াণ যত অধিক বিলম্ব করা যাইবে ততই সন্তানের অধিক বিপদ ঘটা সম্ভব। অকালপ্রসবের উপযুক্ত কাল নিরূপণ করিবার নিমিত্ত অনেক তালিকা দেখা যায়। তাহার কোনটিই তত কার্য্যকারী নহে কারণ সঙ্কীর্ণতার পরিমাণ নির্ণয় করা অত্যন্ত কঠিন। কিউইস্‌চ্ সাহেব নির্ম্মিত তালিকাটি নিম্নে প্রকটিত করা যাইতেছে এই তালিকা দেখিলেই অকালপ্রসবের উপযুক্ত কাল সম্বন্ধে অনেক জানা যাইবে।

যখন সেক্রোপিউবিক্ মাপটি	ইঞ্চ রেখা	তখন যে সপ্তাহে অকালপ্রসব করিবে।
	২ও ৬।৭	৩০
	২" ৮।৯	৩১
	২" ১০।১১	৩২
	৩" ০	৩৩
	৩" ১	৩৩
	৩" ২।৩	৩৪
	৩" ৪।৫	৩৫
	৩" ৫।৬	৩৬

গঠন বিকৃতি অধিক না হইলে প্রসববেদনা উপস্থিত করাইয়া প্রকৃতির উপর নির্ভর করিলেই যথেষ্ট হয়। কিন্তু অধিক হইলে অর্থাৎ ৩ ইঞ্চের কম হইলে বিবর্ত্তন অথবা ফর্সেপ্‌স্ দ্বারা সাহায্য করা কর্ত্তব্য। এস্থলে বিবর্ত্তনই অত্যন্ত উপযোগী কারণ সন্তানমস্তক অত্যন্ত নমনশীল থাকে এবং সঙ্কীর্ণ প্রসবদ্বার দিয়া উহাকে অনায়াসে টানিয়া আনা যায়। এইরূপে উভয় প্রক্রিয়া একত্র অনুষ্ঠান করিলে বস্তিগহ্বর যত কেন বিকৃত গঠনবিশিষ্ট হউক না সন্তান জীবিত ভূমিষ্ঠ করিবার অধিক সম্ভাবনা থাকে। যখন বস্তিগহ্বর এত অধিক

অত্যধিক গঠনবিকৃতিতে গর্ভপাত করান।

সঙ্কীর্ণ থাকে যে গর্ভের ষষ্ঠ মাসের পূর্ব্বেই প্রসব করাইতে বাধ্য হইতে হয় অর্থাৎ সন্তান ভূমিষ্ঠ হইয়া

জীবিত থাকিবার শক্তি জন্মিবার পূর্ব্বে প্রসব করান আবশ্যক হয় তখন যত শীঘ্র গর্ভপাত করান যায় ততই মঙ্গল। তখন সন্তানের প্রতি লক্ষ্য না করিয়া যাহাতে প্রসূতিকে সাংঘাতিক বিপদ হইতে রক্ষা করা যায় তাহাই উদ্দেশ্য। সুতরাং এইসকল স্থলে কেবল প্রসূতিকেই রক্ষা করিতে হইলে গর্ভসঞ্চার হইয়াছে বুঝিবামাত্রই গর্ভপাত করান কর্ত্তব্য। ভ্রূণের বিকাশ হইবার জন্য কিছুমাত্র অপেক্ষা করা উচিত নহে। কারণ ভ্রূণ যতই অবিকশিত থাকে ততই প্রসূতির গর্ভপাত জন্য যন্ত্রণা এবং বিপদ অল্প ঘটিবার সম্ভাবনা থাকে। বস্তি-গহ্বর যতকেন বিকৃত হউক না গর্ভপাত করাইবার যেসকল উপায় আছে তাহার কোননা কোনটি দ্বারা কৃতকার্য্য অবশ্যই হওয়া যায়। যদিও ডাঃ র‍্যাড্‌ফোর্ড্ আপত্তি করেন যে চিকিৎসকগণের মানবজীবন নষ্ট করিবার অধিকার নাই তথাপি যখন প্রসূতি নিশ্চয়ই জানিতে পারে যে সন্তান জীবিত ভূমিষ্ঠ হওয়া অসম্ভব তখন বোধ হয় এমন কোন চিকিৎসক নাই যিনি প্রসূতিকে সিজারিয়ান্ সেক্‌শনের ভয়ঙ্কর বিপদ হইতে রক্ষা করিবার চেষ্টাকে নিজ কর্ত্তব্য বোধ না করেন।

ত্রয়োদশ পরিচ্ছেদ।

—০:—:০—

প্রসবের পূর্ব্বে রক্তস্রাব। প্লাসেণ্টা প্রীভিয়া বা পরিস্রবাগ্রতঃ প্রসব।

প্লাসেণ্টা স্বস্থানে স্থিত না হইয়া যদি জরায়ুর অন্তর্মুখে আংশিক কিম্বা সম্পূর্ণরূপে স্থিত হয় তাহা হইলে প্রসবের পূর্ব্বে রক্তস্রাব হইয়া থাকে। এই রক্তস্রাবের বিষয় লইয়া বিস্তর আন্দোলন হইয়াছে। পরিস্রব নিজ স্থানে না থাকিয়া কেন যে উক্ত স্থানে থাকে, রক্তের উৎপত্তি স্থানই বা কোথায়, কি

কারণেই বা রক্তস্রাব হয়, কি উপায়ে স্বভাবতঃ রক্তস্রাব বন্ধ হয় এবং বন্ধ না হইলেই বা উপযোগী চিকিৎসা কি এই সকল বিষয়ের প্রত্যেকটি লইয়া অসীম আন্দোলন হইয়া গেলেও অদ্যাপি ইহার কোনটিই উত্তমরূপে প্রতিপন্ন হয় নাই। এ বিষয়টি যেরূপ গুরুতর, ইহা হইতে অকস্মাৎ যেমন বিপদ ঘটিবার সম্ভাবনা এবং ইহাতে সত্বর যেরূপে সুচিকিৎসার আবশ্যক তাহা বিবেচনা করিলে পণ্ডিতগণ যে ইহাতে এত অধিক মনোনিবেশ করিয়াছেন ও করিতেছেন তাহা বিচিত্র নহে।

নির্ব্বাচন। জরায়ুগহ্বরের নিম্নতর খণ্ডে প্লাসেণ্টা যদি এরূপে অবস্থিত হয় যে উহার কিয়দংশ জরায়ুর অন্তর্মুখকে সম্পূর্ণ কি আংশিকরূপে আবৃত রাখে তাহা হইলে তাহাকে প্লাসেণ্টা প্রীভিয়া বা পরিস্রবাগ্রতঃ প্রসব বলে। জরায়ুর অন্তর্মুখ সম্পূর্ণরূপে আবৃত থাকিলে তাহাকে সম্পূর্ণ বা মধ্যস্থ পরিস্রবাগ্রতঃ প্রসব এবং অসম্পূর্ণ রূপে আবৃত থাকিলে অসম্পূর্ণ বা আংশিক পরিস্রবাগ্রতঃ প্রসব বলে।

কারণ। প্লাসেণ্টার এরূপ অস্বাভাবিক অবস্থানের কারণ উত্তমরূপে জানা নাই। ডাং টাইলারস্মিথ বলিতেন যে স্ত্রীবীজ জরায়ুর নিম্নতর খণ্ডে আসিলে যদি গর্ভযুক্ত হয় তাহা হইলে প্লাসেণ্টার অস্বাভাবিক অবস্থান ঘটে। ডাং কার্জো বলেন যে সাধারণতঃ যেস্থলে গর্ভসঞ্চার হইয়া থাকে তথায় না হইয়া অন্যত্র গর্ভসঞ্চার হইলে জরায়ুর শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী তত অধিক স্ফীত হয় না এবং উহাতে অধিক রক্তসঞ্চারও হয় না, সুতরাং স্ত্রীবীজ ফাঁক পাইয়া জরায়ুগহ্বরের নিম্নতর খণ্ডে আসিয়া পড়ে। জরায়ুগহ্বরের গঠন ও আকৃতি অস্বাভাবিক হইলে গর্ভযুক্ত স্ত্রীবীজ নিম্নে অবতরণ করিতে পারে। যেসকল স্ত্রীলোকের দুই একটি সন্তান হইয়াছে তাহাদের মধ্যেই পরিস্রবাগ্রতঃ প্রসব অধিক হইতে দেখা যায়। তাহাতেই বোধ হয় যে জরায়ুর গঠন বিকৃতি পরিস্রবাগ্রতঃ প্রসবের একটি কারণ। মিউলার সাহেব বলেন যে গর্ভসঞ্চার হইবার অল্পকালের মধ্যে জরায়ুর সঙ্কোচ উপস্থিত হইলে স্ত্রীবীজ জরায়ুর নিম্নাংশে তাড়িত হয়। যাহা হউক এসকল অনুমান মাত্র এবং ইহা দ্বারা প্রকৃত কোন ফল হয় না। তবে ইহা নিশ্চিত যে ৫৭৩ টি ঘটনা মধ্যে একটিতে পরিস্রব জরায়ুর অন্তর্মুখ সম্পূর্ণ বা আংশিকরূপে আবৃত রাখে।

প্রাচীন পণ্ডিতগণও পরিস্রবাগ্রতঃ প্রসবের বিষয়ে অজ্ঞ ছিলেন না। ইতিবৃত্ত। তাঁহারা অনুমান করিতেন যে প্লাসেণ্টা প্রথমতঃ জরায়ুর ফাণ্ডাস্ প্রদেশেই উৎপন্ন হয় কিন্তু তৎপরে কোন কারণ বশতঃ নিম্নে পতিত হয়। পোর্টাল্ লিভ্রেট্, রিডারার্ সাহেবেরা বিশেষতঃ ইংলণ্ডবাসী রিগ্‌বি সাহেব এই ভ্রান্তমত সংশোধন করিয়া প্রকৃত বিষয়টি প্রকাশ করেন। রিগ্‌বি সাহেব পরিস্রবাগ্রতঃ প্রসবের অপর একটি নাম আন্‌এভইডেব্‌ল্ হেমরেজ্ বা অপরিহার্য্য রক্তস্রাব রাখিয়াছেন। প্লাসেণ্টা স্বাভাবিক স্থানে অবস্থিত হইয়া যদি কোন কারণ বশতঃ বিচ্ছিন্ন হয় তাহা হইলে যে রক্তস্রাব হয় তাহাকে এক্‌সিডেণ্ট্যাল্ বা আকস্মিক রক্তস্রাব বলে সুতরাং আকস্মিক ও অবশ্যম্ভাবী রক্তস্রাব উভয়ে একই নহে। এই দুইটি নাম ধাত্রীবিদ্যা সম্বন্ধীয় পুস্তকে যেরূপ ব্যবহৃত হয় তাহাতে উভয় স্থলের রক্তস্রাবের কারণ সম্পূর্ণ বিভিন্ন বলিয়া বোধ হইতে পারে। কিন্তু সর্ব্বত্র এরূপ না হওয়ায় উক্ত নামদ্বয় ব্যবহার করা যুক্তিসঙ্গত নহে।

পরিস্রবাগ্রতঃ প্রসবে রক্তস্রাব কোথা হইতে এবং কিরূপে হয় উত্তমরূপে বুঝিতে পারিলে পরিস্রবাগ্রতঃ প্রসবের স্বরূপ ও চিকিৎসা ভাল করিয়া জানা যায়। প্রথমে ইহার লক্ষণগুলি বর্ণনা করিয়া পরে উক্ত বিষয় বলা যাইবে।

লক্ষণ। যদিও প্লাসেণ্টার উৎপত্তি সময় হইতেই উহা স্বস্থানে উৎপন্ন না হইয়া অপরস্থানে উৎপন্ন হয় তথাপি গর্ভের শেষ তিন মাস ভিন্ন অন্য সময় ইহার কোন লক্ষণই জানা যায় না। প্লাসেণ্টার একপ অস্বাভাবিক অবস্থান জন্য গর্ভস্রাব হওয়া বিচিত্র নহে। কিন্তু গর্ভস্রাব হইলেও পরিস্রব কোথায় সংযুক্ত ছিল তাহাও লক্ষিত হয় না।

গর্ভাবস্থায় অকারণে অকস্মাৎ রক্তস্রাব হওয়াই প্রথম সন্দেহের কারণ।

১। অকস্মাৎ রক্তস্রাব হওয়া। রক্তস্রাবের পরিমাণ ভিন্ন প্রকার হইয়া থাকে কোথাও প্রথমবার অতি অল্পমাত্র রক্তস্রাব হয় এবং শীঘ্রই আপনা হইতে বন্ধ হইয়া যায়। এরূপ অবস্থায় কোন চিকিৎসা না করিলে কিয়দ্দিন অথবা কিয়ৎ সপ্তাহ পরে রক্তস্রাব আবার পূর্ব্বমত অকারণে আরম্ভ হয় এবং প্রত্যেক বারে পূর্ব্বাপেক্ষা অধিক রক্তপাত হয়।

পরিস্রবাগ্রতঃ প্রসবে রক্তস্রাব কোথা হইতে এবং কিরূপে হয় উত্তমরূপে

বুঝিতে পারিলে পরিস্রবাগ্রতঃ প্রসবের স্বরূপ ও চিকিৎসা ভাল করিয়া জানা যায়। প্রথমে ইহার লক্ষণ গুলি বর্ণনা করিয়া পরে উক্ত বিষয় বলা যাইবে।

রক্তপাত বিভিন্ন সময়ে হইতে দেখা যায়। গর্ভের ষষ্ঠ মাস শেষ হইবার পূর্ব্বে প্রায় রক্তস্রাব হইতে দেখা যায় না। সচরাচর পূর্ণগর্ভকালেই দেখা গিয়া থাকে এবং কখন কখন প্রসব বেদনা আরম্ভ হইলে রক্তস্রাব ঘটে। অগর্ভাবস্থায় যে সময়ে ঋতু হইত গর্ভ হইলে ঠিক সেই সময়ে রক্তস্রাব ঘটে। ইহার কারণ এই যে সেই সময়ে জরায়ু প্রভৃতি অন্তঃকোষ্ঠ সকলে রক্তসঞ্চয় হয়। পূর্ণ গর্ভকালে অথবা তাহার অব্যবহিত পূর্ব্বে যদি প্রথমবার রক্তস্রাব হয় তাহা হইলে অতি ভয়ানক হইয়া উঠে কারণ এত অধিক রক্তস্রাব হয় যে অল্পক্ষণের মধ্যেই গর্ভিণীর প্রাণ সংশয় হইয়া উঠে। বস্তুতঃ একবার রক্তস্রাব হইলে গর্ভিণী কখনই নিরাপদে থাকিতে পারে না কারণ যে কোন সময়ে অত্যন্ত অধিক রক্তস্রাব হইতে পারে এবং গর্ভিণী অসহায় অবস্থায় মারা যাইতে পারে। এক কি একাধিক বার রক্তস্রাব হইলে সচরাচর অকাল প্রসব হইতে দেখা যায়।

২। রক্তপাত ঘন ঘন ও অকস্মাৎ ঘটে।

পরিস্রবাগ্রতঃ প্রসব মাত্রেই অকালে অথবা পূর্ণকালে প্রসব বেদনা আরম্ভ হইলে অত্যন্ত অধিক রক্তস্রাব হইতে পারে। প্রত্যেক বার বেদনা কালে প্লাসেণ্টার নূতন নূতন অংশ বিচ্ছিন্ন হইতে পারে ও রক্তবহানাড়ী ছিন্ন হইতে পারে।

এই জন্য প্রত্যেকবার বেদনা কালে রক্ত অধিক নিঃসৃত হয় এবং বেদনার বিরাম কালে রক্তপাত কম হইয়া থাকে। অনেকের মনে বহুকালাবধি বিশ্বাস আছে যে এই ঘটনাদ্বারা আকস্মিক রক্তস্রাব হইতে অবশ্যম্ভাবী রক্তস্রাব প্রভেদ করা যায়। তাঁহারা বলেন যে আকস্মিক রক্তস্রাবে বেদনার বিরাম কালে একবারে রক্তপাত বন্ধ হইয়া যায়। কিন্তু এইরূপ প্রভেদ সম্পূর্ণ ভ্রান্তিমূলক। কেননা পরিস্রবাগ্রতঃ প্রসবে অথবা অন্য কারণ বশতঃ জরায়ু হইতে রক্তস্রাব হইলে জরায়ুসঙ্কোচ দ্বারা রক্তবহা নাড়ী সকল সঙ্কীর্ণ হয় এবং তজ্জন্য রক্তপাত ও কম হয়। তবে বেদনা কালে যে অধিক রক্তস্রাব হইতে দেখা যায় তাহার কারণ এই যে বেদনার বিরাম কালে যে রক্তপাত হইয়াছে তাহাই

প্রত্যেক বেদনার সহিত অধিক রক্তস্রাব হয়।

বেদনা উপস্থিত হওয়ায় নিঃসারিত হয়। ধরিতে গেলে বেদনা দ্বারা একপ্রকার কিয়ৎপরিমাণে অধিক রক্তস্রাব হইতে পারে কারণ প্রত্যেকবার বেদনা কালে প্লাসেণ্টার নূতন নূতন অংশ বিচ্ছিন্ন হয় কিন্তু প্রকৃত রক্তস্রাব বেদনা থাকিতে হয় না, বিরাম কালেই হয়।

যোনি পরীক্ষার ফল।

জরায়ুমুখ যদি উন্মুক্ত থাকে এবং অঙ্গুলি প্রবিষ্ট করান যাইতে পারে তাহা হইলে যোনি পরীক্ষা দ্বারা অগ্রবর্ত্তী প্লাসেণ্টার কোন না কোন অংশ অনুভব করা যাইতে পারে। এ অবস্থায় রক্তস্রাব জন্য প্রায়ই জরায়ুমুখ শিথিল ও উন্মুক্ত থাকিতে দেখা যায়। জরায়ুর অন্তর্মুখ যদি প্লাসেণ্টা কর্ত্তৃক সম্পূর্ণ আবৃত থাকে তাহা হইলে অঙ্গুলি দ্বারা তথায় একটি মোটা, নরম মাংসপিণ্ডের ন্যায় অনুভূত হয়। এই মাংস পিণ্ডটিই প্লাসেণ্টা, রক্তের চাঁই নহে, কারণ রক্তের চাঁই হইলে উহা অঙ্গুলির চাপে ছিন্ন হইত। প্লাসেণ্টার মধ্য দিয়া ভ্রূণের নির্গমনোন্মুখ অঙ্গ অনুভব করা যাইতে পারে কিন্তু ততস্পষ্ট অনুভূত হয় না। পরিস্রব জরায়ুর অন্তর্মুখকে আংশিক রূপে আবৃত রাখিলে অনাবৃত স্থানে ভ্রূণঝিল্লী এবং উর্দ্ধে ভ্রূণ মস্তক বা অন্য কোন অঙ্গ অনুভব করা যায়। জরায়ুর অন্তর্মুখে প্লাসেণ্টার কিয়দংশ মাত্র থাকিলে ঐ অংশটি অনুভব দ্বারা পুরু বলিয়া বুঝা যায়। জরায়ুগ্রীবা উর্দ্ধে থাকিলে এবং গর্ভকাল পূর্ণ না হইলে এই সকল বিষয় জানা তত সহজ হয় না কারণ তখন জরায়ুগ্রীবা অনায়াসে স্পর্শ করা যায় না। যাহা হউক যথার্থরূপে নির্ণয় করা নিতান্ত আবশ্যক বলিয়া যোনি মধ্যে দুইটি অঙ্গুলি এবং আবশ্যক মত সমগ্রকর প্রবিষ্ট করান কর্ত্তব্য। জরায়ুর নিম্নতর খণ্ড স্বাভাবিক অপেক্ষা কিছু অধিক মোটা এবং মাংসল হয় এবং জেন্‌ড্রিন্ সাহেব বলেন যে ব্যালট্ মেঁা অনুভব করা যায় না। কোন কোন স্থলে ঠিক নির্ণয় করা হইয়াছে কি না সন্দেহ হইলে প্লাসেণ্টাল্‌ব্রুই বা পারিস্রবিক শব্দ শ্রবণ করিতে যত্ন করা উচিত। এই শব্দ যদি জরায়ুর নিম্নাংশে শুনা যায় তাহা হইলে প্লাসেণ্টা যে জরায়ুগহ্বরের নিম্নদেশে সংযুক্ত আছে তাহাতে আর সন্দেহ নাই। ডাং ওয়ালেস্ বলেন যে একটি কাষ্ঠ নির্ম্মিত বক্র ষ্টেথস্কোপ্ যন্ত্র যোনিমধ্যে প্রবিষ্ট করাইলে প্লাসেণ্টার শব্দ অতি স্পষ্ট রূপে শুনা যায় এবং নির্ণয় কার্য্যও সহজ হয়। কিন্তু এই উপায় কার্য্যে পরিণত করা তত সহজ নহে।

আজ কাল ধাত্রীবিদ্যাবিৎ পণ্ডিত মাত্রেই স্বীকার করেন যে জরায়ু ও পরিস্রবের রক্তবহা নাড়ী সমূহ ছিন্ন হইয়া রক্তস্রাব হয়। কয়েক বর্ষ অতীত হইল সার জেম্‌স্ সিম্‌সন্ সাহেব ডাং হ্যামিল্‌টন্ সাহেবের মত পরিপোষণ করিয়া বলেন যে বিচ্ছিন্ন পরিস্রব হইতেই প্রধানতঃ রক্তস্রাব হয়। তিনি বলেন যে পরিস্রবের যে অংশ জরায়ুগাত্রে সংযুক্ত থাকে তথা হইতে বিচ্ছিন্ন অংশে রক্তপাত হয় এবং এই বিচ্ছিন্ন অংশ হইতেই রক্ত বাহিরে নিঃসৃত হয়। তাঁহার এই মতানুসারে তিনি চিকিৎসা করিয়া থাকেন। তিনি বলেন যে অনেক স্থলে সন্তান ভূমিষ্ঠ হইবার পূর্ব্বে প্লাসেণ্টা নির্গত হইয়াও রক্তস্রাব বন্ধ হইতে দেখা গিয়াছে সুতরাং তিনি সম্পূর্ণ প্লাসেণ্টাকে বিযুক্ত করিতে পরামর্শ দেন। সন্তান ভূমিষ্ঠ হইবার পূর্ব্বে প্লাসেণ্টা নির্গত হইলে যদিও রক্ত বন্ধ হয় সত্যবটে তথাপি অনেক আধুনিক গ্রন্থকার বিশেষতঃ বার্ণিজ সাহেব ডাং সিম্‌সনের ব্যাখ্যা স্বীকার করেন না। ডাং বার্ণিজ এই বিষয়ে অনেক পরিশ্রম করিয়া সিদ্ধান্ত করিয়াছেন যে পরিস্রব বিযুক্ত হয় বলিয়াই যে রক্তস্রাব বন্ধ হয় এমত নহে। পূর্ব্ববর্ত্তী জরায়ুসঙ্কোচ দ্বারাই ছিন্ন নাড়ী সকলের মুখ বন্ধ হইয়া যাওয়ায় রক্তস্রাব বন্ধ হয় এবং অন্যান্য প্রকার রক্তস্রাবও এই উপায়ে বন্ধ হয়। মৃত ডাং মেকেঞ্জি কতকগুলি গর্ভিণী-কুক্কুরীর পরিস্রব কিয়দংশ বিচ্ছিন্ন করিয়া প্রমাণ করিয়াছেন যে জরায়ুপ্রাচীর হইতেই রক্তপাত হয়, বিচ্ছিন্ন প্লাসেণ্টা হইতে নহে। জরায়ুগহ্বরস্থ বড় বড় শিরার খাত যে ভাবে বিন্যস্ত আছে এবং তাহারা জরায়ুর শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীতে যেরূপে উন্মুক্ত থাকে তাহা দেখিলে বুঝা যায় যে তাহারা ছিন্ন হইলে রক্তপাত হইবার সুবিধা হয়। এই সকল শিরা-খাত হইতে এবং সম্ভবতঃ জরায়ুস্থ ধমনীগণ হইতে রক্ত আইসে। প্রসবের পরে যে রক্তস্রাব হয় তাহাতে প্লাসেণ্টা সম্পূর্ণ বিযুক্ত হইলেও উক্ত উপায়ে রক্তপাত হইয়া থাকে।

রক্তস্রাবের উৎপত্তি স্থান।

রক্তপাতের কারণ সম্বন্ধে বিভিন্ন মত আছে। বহুকালাবধি এই বিশ্বাস ছিল যে গর্ভের শেষ অবস্থায় জরায়ুগ্রীবা ক্রমশঃ বিস্তৃত হয় বলিয়া অযথাস্থলে অবস্থিত পরিস্রব বিযুক্ত হইয়া যায়। কিন্তু আমরা পূর্ব্বে বলিয়াছি জরায়ুগ্রীবার এইরূপ ক্রমশঃবিস্তার হয় না

রক্তস্রাবের কারণ।

অর্থাৎ গর্ভকালে গ্রীবাগহ্বর জরায়ুগহ্বরে সংলিপ্ত হয় না, যদি হয় তাহা হইলে গর্ভের শেষ অবস্থায় হইতে পারে। সুতরাং ইহাকে পরিস্রব বিযুক্ত হইবার কারণ বলা যাইতে পারে না।

জেকিমিয়ার্ সাহেব আর একটি মত প্রকাশ করিয়াছেন এবং সেই মতটি কার্জোঁ সাহেবও স্বীকার করেন। তিনি বলেন যে গর্ভের প্রথম ছয় মাসে জরায়ুর উর্দ্ধাংশ বিশেষ রূপে বিকশিত হয় এবং সেই সময়ে জরায়ুর আকার দেখিলে ইহা স্পষ্ট বুঝিতে পারা যায় যে সচরাচর প্লাসেণ্টা স্বস্থানে সংযুক্ত থাকিয়া বৃদ্ধি প্রাপ্ত হয় সুতরাং উহার সংযোগ সম্বন্ধ কোনরূপে নষ্ট হয় না। গর্ভের শেষ তিন মাসে জরায়ুর উর্দ্ধাংশ অপেক্ষা নিম্নাংশ অধিকতর বিকশিত হয় কিন্তু তখন প্লাসেণ্টার আকারের কিছুমাত্র পরিবর্ত্তন হয় না ইহার ফল এই হয় যে গ্রীবা ও পরিস্রবের সম্বন্ধের অসামঞ্জস্য ঘটায় পরিস্রব বিযুক্ত হইয়া যায় এই মতের বিরুদ্ধে অনেক আপত্তি আছে। প্রধান আপত্তি এই যে গর্ভের শেষ অবস্থায় জরায়ুর উর্দ্ধাংশ যে অধিকতর বিকশিত হয় তাহার কোন প্রমাণ নাই।

জেকিমিয়ারের মত।

বার্ণিজ্ সাহেব বলেন যে প্লাসেণ্টা জরায়ুগ্রীবা অপেক্ষা অধিক বৃদ্ধি প্রাপ্ত হয় বলিয়াই উহাদের সম্বন্ধ নষ্ট হয় এবং পরিস্রবের সংযোগ ক্ষীণ হইয়া পড়ে। এই মতানুসারে প্লাসেণ্টা নিজ সংযোগস্থল ছাড়াইয়া বৃদ্ধি প্রাপ্ত হয় বলিয়া রক্তস্রাব ঘটে। এই উভয় মতের কোনটিই যুক্তিসঙ্গত বলিয়া বোধ হয় না কারণ সচরাচর পূর্ণ গর্ভকালে প্রসব বেদনা আরম্ভ হইবার পূর্ব্বে রক্তস্রাব হইতে দেখা যায় না। তাঁহাদের মত সত্য হইলেই পরিস্রবাগ্রতঃ প্রসবের প্রত্যেক স্থলেই গর্ভের শেষ তিন মাসে রক্তস্রাব হওয়াই কর্ত্তব্য।

বার্ণিজের মত।

ম্যাথিউজ্ ডান্‌ক্যান্ সাহেব সম্প্রতি এই বিষয়টি আদ্যোপান্ত আন্দোলন করিয়া সিদ্ধান্ত করিয়াছেন যে এই রক্তস্রাব আকস্মিক, অবশ্যম্ভাবী নহে। যে কারণে প্লাসেণ্টা স্বস্থানে স্থিত হইলেও মধ্যে মধ্যে রক্তপাত হইতে দেখা যায় সেই কারণ হইতেই এই সকল স্থলে রক্তস্রাব হইয়া থাকে তবে প্লাসেণ্টা অস্বাভাবিক স্থানে থাকিলে ঐ সকল কারণ অতি সহজেই কার্য্য করিয়া থাকে এবং আকস্মিক রক্তস্রাব যে

ম্যাথিউজ ডান্‌ক্যান্ সাহেবের মত।

কারণ হইতে উৎপন্ন হইয়া থাকে ইহাও সেই কারণ হইতে উৎপন্ন হয়। তিনি বলেন যে জরায়ুর গ্রীবাবিস্তার জন্যই প্লাসেণ্টা বিযুক্ত হওয়ায় প্রসব বেদনা আরম্ভ হইবার পর রক্তস্রাব হয় তখনই ইহাকে অবশ্যম্ভাবী রক্তস্রাব বলিতে পারা যায়। কিন্তু গর্ভাবস্থায় এরূপ রক্তস্রাব হওয়া বড়ই বিরল। ডান্‌ক্যান্ সাহেব বলেন যে এইরূপ রক্তস্রাব চারি প্রকারে ঘটিতে পারে।

১। জরায়ুর অন্তর্মুখের অথবা তৎসন্নিকটস্থ একটি ইউটিরো-প্লাসেণ্টাল্ নাড়ী ছিন্ন হইয়া রক্তস্রাব হইতে পারে।

২। প্লাসেণ্টা মধ্যস্থলে সংযুক্ত না হইলে অথবা জরায়ুর অন্তর্মুখকে সম্পূর্ণরূপে আবৃত না রাখিলে অথবা অন্তর্মুখের নিকট আংশিকরূপে সংযুক্ত থাকিলে সেই আংশিক সীমার কোন একটি ইউটিরো-প্লাসেণ্টাল্ খাত, প্লাসেণ্টা যে স্থান অকালে আপনা হইতে বিচ্ছিন্ন হয়, সেই স্থানের মধ্যে যদি ছিন্ন হয় তাহা হইলে রক্তস্রাব হইতে পারে।

(৩) অকস্মিক কারণ যথা ধাক্কা, পতন ইত্যাদি হইতে পরিস্রব আংশিক রূপে বিযুক্ত হইলে রক্তস্রাব হইতে পারে।

(৪) জরায়ুসঙ্কোচ দ্বারা অন্তর্মুখ যৎসামান্যমাত্র উন্মুক্ত হইলে যদিপ্লাসেণ্টা আংশিকরূপে বিযুক্ত হয় তাহা হইলে রক্তস্রাব হইতে পারে। এই স্থলে গর্ভ-পাতেরসূত্র পাত হইতেছিল বলা যাইতে পারে কিন্তু গর্ভপাত না হইয়া অতি তরুণ অবস্থাতেই স্থগিত হইয়াছে। ডাং প্লেফেয়ার্‌বলেন যে অধিকাংশ স্থলে উক্ত প্রথম তিনটি কারণ হইতে রক্তস্রাব হওয়া বিচিত্র নহে এবং হইলে ঠিক আকস্মিক রক্তস্রাবের ন্যায় হইয়া থাকে। রক্তস্রাবের চতুর্থ কারণ সম্বন্ধে যাহা বলা হইয়াছে অর্থাৎ গর্ভপাতের সূত্রপাত হওয়ায় জরায়ুগ্রীবার বিস্তার বশতঃ পরিস্রব কিয়ৎপরিমাণে বিযুক্ত হয় বলিয়া রক্তস্রাব হয় এটি ডাং প্লেফেয়ার্ সাহেব যুক্তিসিদ্ধ বিবেচনা করেন না।

তিনি বলেন যে বার্ণিজ্ ও ডান্‌ক্যান্ সাহেবদ্বয়ের মত যেরূপ যুক্তিসঙ্গত বলিয়া বোধ হয় না ইহাও সেইরূপ। কারণ সকলেই জানেন যে গর্ভপাতের সূত্রপাত না হইলেও যতদিন গর্ভ থাকে ততদিন জরায়ুসঙ্কোচ মধ্যে মধ্যে হইয়া থাকে এবং এই সঙ্কোচ যে জরায়ুর গ্রীবা ও ফাণ্ডাস্ উভয়েতেই ঘটে না তাহার কোন কারণ দেখা যায় না। যে সকল স্থলে পরিস্রব জরায়ুর অন্তর্মুখ

খকে আংশিক অথবা পূর্ণরূপে আবৃত রাখে তথায় জরায়ুসঙ্কোচ কিছু প্রবল হইলেই কোন না কোন সময়ে প্লাসেণ্টা বিযুক্ত হইতে পারে।

পরিস্রবের রোগ-জনিত পরিবর্ত্তন।

জেন্‌ড্রিন্, সিম্‌সন্ প্রভৃতি লেখকগণ প্লাসেণ্টার যে সকল পরিবর্ত্তন বর্ণনা করিয়াছেন সেই পবিবর্ত্তন, একটু সাবধানে পরীক্ষা করিলে, প্লাসেণ্টা যথায় বিযুক্ত হয় তথায় দেখিতেপাওয়া যায়। পরিস্রবের দল (লোব্) মধ্যে সমবরোধন (থ্রম্বোসীস্)ও স্রাবিত রক্তের চাঁই দেখা যায়। এই সকল রক্তের চাঁই পরিস্রব বিযুক্ত হইবার সময়ানুসারে পরিবর্ত্তিত ও বিবর্ণ প্রাপ্ত হইয়া থাকে। প্লাসেণ্টা বিযুক্ত হউক আর না হউক উহার যে স্থানটি জরায়ুমুখে থাকে তথায় অনেক পরিবর্ত্তন দৃষ্ট হয়। এই স্থানে পরিস্রবের উপাদান বিশীর্ণ ও তাহার আকার পরিবর্ত্তিত দেখা যায়। প্লাসেণ্টা সম্পূর্ণরূপে অথবা আংশিকরূপে দুইটি দলে বিভক্ত হয় এবং ইহাদের সংযোগস্থল জরায়ুমুখের উপর থাকে।

পরিস্রবাগ্রতঃ প্রসবের স্বাভাবিক পরিণাম।

প্রকৃতির উপর নির্ভর করিলে পরিস্রবাগ্রতঃ প্রসবের পরিণাম কি হয় জানা নিতান্ত আবশ্যক কারণ তাহা হইলে উপযোগী চিকিৎসা করিতে পারা যায়। কখন কখন দেখা যায় যে বেদনা অত্যন্ত প্রবল হইলে শীঘ্র প্রসব সম্পন্ন হইয়া যায় এবং তাদৃশ রক্তস্রাব হয় না। কার্জো সাহেব বলেন যে যদিও এই সকল স্থলে রক্তস্রাব অনিবার্য্য তথাপি অনেক সময়ে প্রসবকালেও তাহা হইতে দেখা যায় না এবং এক বিন্দু রক্তপাত না হইয়াও জরায়ুমুখ উন্মুক্ত করিতে পারা যায়। আবার সিম্‌সন্ সাহেব প্রমাণ করিয়াছেন যে সন্তান ভূমিষ্ঠ হইবার পূর্ব্বে পরিস্রব নির্গত হইলে রক্তস্রাব একেবারে বন্ধ হইয়া যায়।

বার্নিজ সাহেবের মত।

পরিস্রবাগ্রতঃ প্রসব সম্বন্ধে বার্নিজ্ সাহেব যে মত প্রকাশ করিয়াছেন অনেকে সেই মতাবলম্বী এবং সেই মতানুসারে উক্ত বিষয় সুন্দররূপে বুঝা যায়। তিনি জরায়ুগহ্বরকে তিনটি প্রদেশে বিভক্ত করিয়াছেন। যদি প্লাসেণ্টা এই তিনটির ঊর্দ্ধ ও মধ্যভাগে অবস্থিত হয় তাহা হইলে প্রসব বেদনা কালে উহা বিযুক্ত হয় না এবং রক্তস্রাবও হয় না। কিন্তু প্লাসেণ্টা আংশিক বা পূর্ণরূপে নিম্নভাগে অবস্থিত হইলে বেদনাকালে গ্রীবার বিস্তৃতি জন্য উহা অল্লাধিক বিযুক্ত হইবে এবং

রক্তপাত অবশ্য হইবে। প্লাসেন্টার পূর্ব্ব অংশ রীতিমত বিযুক্ত হইলে যদি জরায়ুসঙ্কোচ দ্বারা ছিন্ন নাড়ীগণের মুখ বন্ধ হয় তাহা হইলে আর রক্তপাত হয় না। প্লাসেন্টা সম্পূর্ণরূপে বিযুক্ত না হইতে পারে কিন্তু রক্তস্রাব আর হয় না কারণ উহার অবিযুক্ত অংশ নিরাপদ স্থানে সংযুক্ত থাকে। পূর্ব্বে যে দুইটি ঘটনার উল্লেখ করা গিয়াছে তাহাবপ্রথমটিতে রক্তস্রাব না হইবার কারণ এই মতানুসারে উত্তমরূপে বুঝা যায়। বেদনা অত্যন্ত প্রবল ও ঘন ঘন হওয়াতে জরায়ুগহ্বরের নিম্নদেশ হইতে প্লাসেন্টার সংযোগ রক্তপাত হইবার পূর্ব্বেই, বিযুক্ত হইয়া যায়। শেষোক্ত ঘটনায় সমগ্র প্লাসেণ্টা নির্গত হইয়া যায় বলিয়া যে রক্তস্রাব বন্ধ হয় তাহা নহে তবে বিপদাকীর্ণ স্থান হইতে বিযুক্ত হয় বলিয়াই বন্ধহয়।

এই উদ্দেশে জরায়ুগ্রীবার বিস্তৃতির পরিমাণ বিভিন্ন স্থলে বিভিন্ন প্রকার হইয়া থাকে। ডাং ডান্‌ক্যান বলেন যে পরিস্রব স্বতঃবিযুক্ত হইবার স্থানটি ৪½ইঞ্চ ব্যাসযুক্ত একটী গোলক। জরায়ুগ্রীবা এই পরিমাণে বিস্তৃত হইলে প্লাসেণ্টা আর অধিক বিযুক্ত হয় না এবং রক্তস্রাবও হয় না। কিন্তু বার্ণিচ্ সাহেব বলেন যে পূর্ণ গঠন প্রাপ্ত একটি ভ্রূণমস্তক বাহির হইতে গেলে জরায়ু গ্রীবার বিস্তৃত স্থানটী ৬ইঞ্চ্ ব্যাসযুক্ত একটি বৃত্ত হওয়া আবশ্যক। তিনি বলেন যে কখন কখন এমনও দেখা গিয়াছে যে জরায়ুমুখ মদ্যপানের একটি গেলাসের মুখের আকারের মত উন্মুক্ত হইলে রক্তপাত সম্পূর্ণ বন্ধ হয়। গর্ভকালে যে কোন কারণ হইতে রক্তস্রাব হউক না কেন জরায়ুসঙ্কোচ হইলেই তাহা বন্ধ হইবে। সুতরাং বেদনা প্রবল থাকিলে কোন সাহায্য ব্যতীতও আপনা হইতে রক্ত বন্ধ হওয়া সম্ভব। কিন্তু তাহা বলিয়া অচিকিৎসিত রাখা কখনই উচিত নহে। পূর্ব্বে যে সকল মত প্রকটিত করা গেল তদ্দ্বারা চিকিৎসার অনেক সুবিধা হইবে। এবিষয়ে পরে বলা যাইতেছে।

পরিস্রবাগ্রস্তঃ প্রসবের ভাবীফল। প্রসূতি ও সন্তান উভয়েব পক্ষেই ভয়ানক। রিড্ সাহেবের তালিকা দেখিলে বুঝা যায় যে প্রত্যেক ৪½ টি স্থলে একটি প্রসূতির মৃত্যু হয়। কিন্তু চার্চ্চিল্ সাহেব বলেন প্রত্যেক ৩টি স্থলে ১টি প্রসূতির মৃত্যু হয়। কিন্তু এই দুইটি তালিকায় যেরূপ মৃত্যুসংখ্যা অধিক আছে তাহা প্রকৃত না হওয়া সম্ভব। চিকিৎসানুসারে মৃত্যু-

সংখ্যার ইতরবিশেষ হইয়া থাকে। যদি অচিকিৎসিত রাখা যায় তাহা হইলে রিড্ সাহেবের তালিকায় যেরূপ মৃত্যুসংখ্যা অধিক দেওয়া আছে তাহা অসঙ্গত নহে। কিন্তু উপযোগী চিকিৎসা হইলে বোধ হয় মৃত্যুসংখ্যা অনেক কম হইতে পারে। বার্ণিজ্ সাহেব ৬৪টি ঘটনা লিপিবদ্ধ করিয়াছেন তন্মধ্যে ৬টির মৃত্যু হইয়াছে। অর্থাৎ প্রত্যেক ১০$\frac{২}{৩}$ মধ্যে ১জন মরিয়াছে। যাহাহউক প্রসূতির বিপদাশঙ্কা যে অত্যন্ত অধিক তাহাতে সন্দেহ নাই। চার্চ্চিল্ সাহেব ঠিক করিয়াছেন যে অর্দ্ধেকের উপর সন্তানের মৃত্যু হয়। সন্তানের পক্ষে এত ভয়ানক বিপদ হইবার কারণ এই যে মাতৃ-শোণিত ক্ষয় হইয়া শ্বাসাবরোধ ঘটে এবং প্লাসেণ্টার আংশিক সংযোগ বশতঃ গর্ভমধ্যে তদ্দ্বারা শ্বাসপ্রশ্বাস ক্রিয়া উত্তমরূপে হয় না। অনেক সন্তান অপক্কতা বশতঃ মরিয়া যায় আবার অনেকের অস্বাভাবিক অবস্থান বশতঃ মৃত্যু ঘটে।

চিকিৎসা। গর্ভের শেষ কয় মাসের যে কোন সময়ে হউক অকস্মাৎ রক্তস্রাব হইলে পরিস্রবাগ্রতঃ প্রসব হওয়া নিতান্ত সম্ভব। এই সময়ে সাবধানে যোনি পরীক্ষা করা কর্ত্তব্য এবং করিলে যথার্থ অবস্থা অনায়াসে নির্ণয় করা যায়। প্লাসেণ্টা অগ্রে নির্গত হইতেছে কি না জানিবার জন্য জরায়ুমুখ প্রায়ই উন্মুক্ত থাকে।

এই অবস্থায় গর্ভ রাখা উচিত কিনা? এরূপ স্থলে অপেক্ষা করা কর্ত্তব্য কি না এবং রক্তস্রাব বন্ধ করিয়া গর্ভ রাখিতে দেওয়া উচিত কিনা তাহা স্থির করা যাইতেছে। ধাত্রীবিদ্যা সম্বন্ধীয় গ্রন্থে সচরাচর অপেক্ষা করিতেই পরামর্শ দেওয়া হয়। এই সকল গ্রন্থে রোগীকে কঠিন শয্যায় শয়ন করাইতে বলা হয়। রোগী যাহাতে অধিক বস্ত্রাদি দ্বারা আবৃত না থাকে ও কোনরূপ শারীরিক পরিশ্রম না করে এরূপ করা উচিত। গৃহটি শীতল ও তাহাতে বায়ু সঞ্চলনের পথ থাকে এমন সুবিধা করিতে হয়। ভগ ও উদরের নিম্নদেশে শীতল জল সিক্ত বস্ত্র রাখিতে বলা উচিত। শীতল ও অম্লযুক্ত পানীয় প্রচুর পরিমাণে দেওয়া কর্ত্তব্য এবং এসিটেট্ অফ্ লেড্ ও অহিফেন ঘটিত ঔষধ অথবা গ্যালিক্ অম্ল ব্যবস্থা করা উচিত। আজকাল এই সকল পরামর্শ সম্বন্ধে অনেকে আপত্তি করেন। কিছুদিন হইল ডাং গ্রিনহাল্ লণ্ডনের "অব্‌স্টেট্রিক্ সমাজে" একটি প্রবন্ধ পাঠ করেন তাহাতে তিনি পরিস্রবাগ্রতঃ প্রস-

বের সকল স্থলেই আশুপ্রসব করাইতে পরামর্শ দেন। উক্ত সভায় ছয় জন লব্ধ-প্রতিষ্ঠ ধাত্রীবিদ্যাবিৎ পণ্ডিত উপস্থিত থাকিয়া অনেক আন্দোলনের পর স্থির করেন যে পরিস্রব অগ্রে অবস্থিত আছে স্পষ্ট জানিবামাত্রই প্রসব করান কর্ত্তব্য। উক্ত পণ্ডিতগণ যে সকল কারণ প্রদর্শন করিয়াছেন তাহা অত্যন্ত যুক্তিসঙ্গত। অনেক সময়ে প্রসববেদনা আপনা হইতেই উপস্থিত না হইলে যতদিন না প্রসব হয় ততদিন গর্ভিণীর জীবন সংশয় থাকে কারণ গর্ভের যে কোন অবস্থাতেই অতি ভয়ানক রক্তস্রাব হইয়া মারাত্মক হইতে পারে। বিলম্ব করিলে সন্তানও যে নিরাপদ থাকিবে তাহারও স্থিরতা নাই। যদি বুঝা যায় যে ভূমিষ্ঠ হইলে সন্তান জীবিত থাকিতে পারে তবে আশু প্রসব করানই কর্ত্তব্য নচেৎ বিলম্ব করিলে ঘন ঘন রক্তস্রাব হইয়া সন্তানের জীবিতাশা থাকে না। সুতরাং ডাং প্লেফেয়ার্ সাহেবের মতে গর্ভপাত বন্ধ না করিয়া বরং যাহাতে শীঘ্রই হইয়া যায় তাহা করা কর্ত্তব্য। কিন্তু যদি গর্ভের সপ্তম মাসের পূর্ব্বে প্রথমবারে রক্তস্রাব হয় তবে গর্ভপাত করান উচিত নহে কারণ তখন সন্তান ভূমিষ্ঠ হইয়া জীবিত থাকিবার আশা থাকে না এবং তখন রক্তস্রাবও সম্ভবতঃ তত ভয়ানক হয় না। সেই সময়ে পূর্ব্বোক্ত চিকিৎসা প্রণালী অবলম্বন করিয়া যাহাতে কিছুকাল পরে সন্তান জীবিত ভূমিষ্ঠ হইতে পারে তাহাই করা উচিত। সঙ্কোচক ঔষধি দ্বারা বিশেষ কোন ফল আশা করা যায় না। যাহাতে রোগী শয্যায় স্থিরভাবে থাকে তাহা করা আবশ্যক এবং ম্যাটিকো, কিম্বা ক্লোরাইড অফ্ আয়রণ প্রভৃতি সঙ্কোচক ঔষধি ঘটিত পেসারি প্রস্তুত করিয়া যোনি মধ্যে প্রবেশ করাইয়া রাখিলে ফল দর্শে।

বিভিন্ন চিকিৎসা প্রণালী। গর্ভের কালানুসারে যেখানে অপেক্ষা করা চলে না অথবা যেখানে লক্ষণ একপ গুরুতর যে শীঘ্র সাহায্য করা আবশ্যক সেখানে বিভিন্ন প্রণালীতে সাহায্য করা যাইতে পারে। (১) ভ্রূণ বিল্লিভেদ (২) বস্ত্রখণ্ড দ্বারা যোনি দ্বার রোধ (৩) বিবর্ত্তন (৪) পরিস্রব আংশিক বা সম্পূর্ণ বিযুক্ত করা। এই কয়টি পৃথক্ পৃথক্ বর্ণনা করিয়া প্রত্যেকের সুবিধা ও উপযোগীতা বিবেচনা করা যাইতেছে। ইহাদের মধ্যে কোন একটির উপর সম্পূর্ণ নির্ভর করা যাইতে পারে না অনেক স্থলেই দুই বা ততোধিক একত্র অবলম্বন করিতে হয়।

বার্ণিজ্ সাহেব বলেন যে পরিস্রবাগ্রতঃ প্রসবের লক্ষণ গুরুতর দেখিলেই
১। ঝিল্লীভেদ। প্রথমে ভ্রূণঝিল্লী ভেদ করা আবশ্যক। তিনি বলেন যে এই উপায় অবলম্বন করিলেই প্রায় উপকার দর্শে এবং ইহা সকল সময়ে অবলম্বন করা যাইতে পারে। এই প্রক্রিয়ার প্রধান উদ্দেশ্য এই যে লাইকর্ এম্নিয়াই রস নির্গত করিয়া দিয়া জরায়ু সঙ্কোচ বৃদ্ধি করা। ঝিল্লীভেদ করিবামাত্র প্লাসেণ্টা অধিক বিযুক্ত হইয়া অধিক স্রাব হইতে পারে বটে কিন্তু বস্ত্রখণ্ড দ্বারা যোনি প্রণালী রোধ করিলে রক্তস্রাব বন্ধ হইয়া যায়। তাহার পর জরায়ুমুখ সন্তান নির্গমোপযোগী হইয়া উন্মুক্ত হইলে যোনিপ্রণালী খুলিয়া দিতে হয়। ঝিল্লীভেদ করা তাদৃশ কঠিন নহে বিশেষতঃ পরিস্রব আংশিক রূপে জরায়ুমুখে থাকিলে ভেদ করিতে কোন কষ্ট হয় না। একটি হংসপুচ্ছ অথবা অন্য কোন উপযোগী পদার্থ জরায়ুমুখে অঙ্গুলির সহিত চালিত করাইয়া ঝিল্লীভেদ করিতে হয়। প্লাসেণ্টা সম্পূর্ণরূপে জরায়ুমুখে আবৃত রাখিলে ঝিল্লীভেদ করা তত সহজ নহে। অনেক ধাত্রীবিদ্যাবিৎ পণ্ডিত প্লাসেণ্টা ভেদ করিয়া ঝিল্লীভেদ করিতে পরামর্শ দেন কিন্তু ডাং প্লেফেয়ার্ ইহা অনুমোদন করেন না। তাঁহার মতে এরূপ স্থলে অন্য উপায় অবলম্বন করা উচিত। ঝিল্লীভেদ সম্বন্ধে অনেকে এই আপত্তি করেন। যে ইহাদ্বারা জরায়ুমুখ ক্রমশঃ উন্মুক্ত হইতে পারে না সুতরাং বিবর্ত্তন করা দুঃসাধ্য হইয়া উঠে। কিন্তু পরিস্রবাগ্রতঃ প্রসবে ভ্রূণঝিল্লীদ্বারা জরায়ুমুখ স্বাভাবিক গর্ভেরান্যায় উন্মুক্ত হয় না। আবার রক্তস্রাব জন্য জরায়ুগ্রীবার উপাদান শিথিল হয় বলিয়া অনায়াসে জরায়ুগ্রীবা বিস্তৃত হয়। বিবর্ত্তন করিবার পূর্ব্বে জরায়ুমুখ উন্মুক্ত করিতে হইলে বার্ণিজ্ সাহেবের নির্ম্মিত থলীদ্বারা অনায়াসে উন্মুক্ত করা যায় এবং ইহাদ্বারা যোনিপ্রণালী রুদ্ধ হওয়ায় রক্তস্রাবও বন্ধ হয়। সুতরাং উক্ত আপত্তি তত বলবৎ নহে। বার্ণিজ্ সাহেব থলী নির্ম্মাণ করিবার পূর্ব্বে অবশ্য এই আপত্তি খাটিত। ডাং প্লেফেয়ার্ বলেন যে এই সকল কারণে পরিস্রব অগ্রে প্রসবের সকল স্থলেই প্রথমে ভ্রূণঝিল্লী ভেদ করা কর্ত্তব্য।

বিবর্ত্তন করিবার জন্য অথবা প্লাসেণ্টা বিযুক্ত করিবার জন্য জরায়ুমুখ
২। যোনি প্রণালী রীতিমত উন্মুক্ত না হইলে অথবা ভ্রূণঝিল্লী ভেদ করায়

রোধ। রক্তস্রাব বন্ধ না হইলে যোনিপ্রণালী কিম্বা গ্রীবাগহ্বর রোধ করায় ফল দর্শে। এই উপায়ে রক্তস্রাব একেবারে বন্ধ করা যায়। রোধ করিবার জন্য গ্রীবাগহ্বরে উপযোগী স্পঞ্জটেণ্ট প্রবিষ্ট করাইয়া যোনিপ্রণালীতে একটি প্লাগ্ বা গুঁজি প্রবিষ্ট করাইতে হয়। প্লাগ্ বা গুঁজি কিরূপে প্রস্তুত করাইতে হইবে তাহা গর্ভপাত অধ্যায়ে বর্ণিত হইয়াছে। অন্যান্য দ্রব্য অপেক্ষা স্পঞ্জ্ টেণ্ট অধিক উপযোগী কেন না ইহাদ্বারা কেবল যে রক্তস্রাব বন্ধ হয় এমত নহে জরায়ুগ্রীবাও বিস্তৃত হয়। স্পঞ্জ টেণ্ট্ জরায়ু মধ্যে অধিক্ষণ রাখা উচিত নহে কারণ ইহাদ্বারা অত্যন্ত উত্তেজনা হয় ও স্রাব পদার্থ জমিয়া দুর্গন্ধযুক্ত হয়। যতক্ষণ পর্য্যন্ত উহা ভিতরে থাকিবে ততক্ষণ কোন প্রকারে উহার পার্শ্বদিয়া রক্তপাত হইতেছে কি না মধ্যে মধ্যে পরীক্ষা করা আবশ্যক। স্পঞ্জ্ টেণ্টের পরিবর্ত্তে ইচ্ছা করিলে বার্ণিজের থলী ববহার করা যাইতে পারে।

প্লাগ্ বা গুঁজিটি যথাস্থানে রাখিয়া অন্য উপায়ে জরায়ু সঙ্কোচ করাইবার চেষ্টা করা উচিত। উদরটি দৃঢ়রূপে বাঁধিলে, মধ্যে মধ্যে জরায়ুর উপর ঘর্ষণ করিলে এবং ঘন ঘন আর্গট্ প্রয়োগ করিলে জরায়ুসঙ্কোচ উপস্থিত হয়। ডাং গ্রিণ্ হাল্ম এই শেষ উপায়টি অবলম্বন করিতে বলেন এবং তৎসহিত রবার্ নির্ম্মিত অবলং বা দীর্ঘাল একটি গোলা বায়ুপূর্ণ করিয়া স্পঞ্জিওপিলাইন্ দ্বারা আবৃত করিয়া যোনিমধ্যে প্রবিষ্ট করাইতে অনুমতি দেন। গুঁজিটি খুলিয়া লইলে জরায়ুমুখ রীতিমত উন্মুক্ত হইয়াছে দেখা যায়। এবং প্রসবও প্রসূতির নিজ চেষ্টায় সমাধা হইবার সম্ভাবনা দেখা যায়। এরূপ হইলে প্রসববেদনা থাকিলেও রক্তস্রাব হয় না। কিন্তু যদি হয় তাহা হইলে অন্য উপায় অবলম্বন করা কর্ত্তব্য।

৩। বিবর্ত্তন। পরিসবাগ্রতঃ প্রসবে বিবর্ত্তনই সর্ব্বাপেক্ষা উত্তম চিকিৎসা বলিয়া বহুকালাবধি বিশ্বাস আছে। উপযোগী স্থলে ইহা মহোপকারক তাহাতে আর সন্দেহ নাই। কিন্তু অনুপযোগী স্থলে ইহা অবলম্বন করাতে অনেক সময়ে বিপদ ঘটিয়াছে। জরায়ুমুখ রীতিমত উন্মুক্ত হইয়া হস্ত প্রবেশ করাইবার উপযোগী না হইলে অথবা প্রসূতির রক্তস্রাববশতঃ অবসন্ন হইলে ইহা অনুষ্ঠান করা উচিত নহে। প্রাচীন পণ্ডিতগণ বিবর্ত্তনের

অত্যন্ত পক্ষপাতী ছিলেন। তাঁহারা সর্ব্বত্র এবং সকল অবস্থাতেই বিবর্ত্তন অনুষ্ঠান করিতেন বলিয়া অনেক প্রসূতি মারা পড়িয়াছে।

ট্যাম্‌পন্ ব্যবহার করাতে (অথবা আপনা হইতে) জরায়ুমুখ যদি এরূপ উন্মুক্ত হয় যে অনায়াসে কর প্রবেশ করান যায় তাহা হইলে বিবর্ত্তনের দ্বারা অত্যন্ত উপকার হয়। প্রসূতি অত্যন্ত দুর্ব্বল হইলে এবং তাহার নাড়ী ক্ষুদ্র ক্ষীণ ও সূত্রবৎ হইলে বিবর্ত্তন করা কোন ক্রমেই উচিত নহে। তবে রক্ত বন্ধ করিতে কোন প্রকারে না পারিলে উত্তেজক ঔষধিদ্বারা প্রসূতিকে সবল করাইয়া তাহার পর বিবর্ত্তন করা উচিত।

প্লাসেণ্টা জরায়ুমুখে আংশিকরূপে থাকিলে সাধারণ উপায়ে বিবর্ত্তন করিতে পারা যায়। জরায়ুমুখের মধ্যস্থলে থাকিয়া উহাকে আবৃত রাখিলে কর প্রবেশ করান কঠিন। ডাং রিগ্‌বী বলেন যে প্লাসেণ্টা ভেদ করিয়া জরায়ুগহ্বরে কর প্রবেশ করান উচিত। কিন্তু এরূপ করিলে উহা সম্পূর্ণরূপে বিযুক্ত হইবে এবং ক্ষুদ্র ছিদ্র দিয়া ভ্রূণকে টানিয়া বাহির করাও দুঃসাধ্য হইবে। প্লাসেণ্টার সীমা দিয়া কর চালিত করিয়া উহাকে ক্রমে ক্রমে বিযুক্ত করাই সর্ব্বাপেক্ষা উত্তম। জরায়ুগ্রীবার কোনদিকে পরিস্রব যৎসামান্যমাত্র সংযুক্ত আছে জানিতে পারিলে সেই দিকেই কর প্রবিষ্ট করান কর্ত্তব্য। সকল স্থলে বাই-পোলার্ অর্থাৎ বাহ্য ও আভ্যন্তরিক উপায়ে বিবর্ত্তন করিবার চেষ্টাকরা শ্রেয়স্কর। পরিস্রবাগ্রতঃ প্রসবে এই উপায়টি অত্যন্ত সুবিধাজনক। কারণ এই প্রক্রিয়াটি সহজসাধ্য, ইহাতে জরায়ুমুখ সম্পূর্ণ উন্মুক্ত হইবার আবশ্যক করে না এবং জরায়ুগ্রীবায় অপায় ঘটিবার সম্ভাবনা থাকে না। সন্তানের একটি পদ নামাইতে পারিলে আর তাড়াতাড়ি করিবার আবশ্যক করে না কারণ পদটি জরায়ুমুখ রুদ্ধ করিয়া রাখায় রক্তস্রাব হইতে পারে না। তখন যাহাতে জরায়ুসঙ্কোচ অধিক হয় এরূপ চেষ্টা করিতে হয় তাহা হইলে নির্ব্বিঘ্নে প্রসব শেষ হইয়া যায়। সৌভাগ্যবশতঃ এইরূপে বিবর্ত্তন করিবার সুবিধা পাওয়া যায় কারণ জরায়ু শিথিল থাকে এবং উক্ত প্রক্রিয়াও সহজে সম্পন্ন করা যায়। যদি দেখা যায় যে বিবর্ত্তন করিবার সকল সুবিধাই আছে কেবল জরায়ুমুখ উন্মুক্ত হইতেছে না তাহা হইলে বার্ণিজের থলী ব্যবহার করিলে এক ঘণ্টার মধ্যে জরায়ুমুখ উন্মুক্ত হয় ও রক্তস্রাবও বন্ধ হয়।

ডাং সিমসন্ সর্ব্বপ্রথমে সমগ্র প্লাসেণ্টা বিযুক্ত করিতে পরামর্শ দেন।

৪। পরিস্রব বিযুক্ত করা।

তিনি এই প্রক্রিয়ার যে সকল কারণ দর্শাইয়াছেন তাহা পূর্ব্বে বলা গিয়াছে। তিনি সকল স্থলেই ইহা অবলম্বন করিতে পরামর্শ দেন না কেবল নিম্নলিখিত স্থলে অনুষ্ঠান করিতে বলেন।

(১) যখন সন্তান মরিয়া গিয়াছে।

(২) যখন সন্তান ভূমিষ্ঠ হইয়া জীবিত থাকিতে সক্ষম নহে।

(৩) যখন রক্তস্রাব অত্যন্ত অধিক হইয়াছে ও জরায়ুমুখ এরূপ উন্মুক্ত হয় নাই যে নির্ব্বিঘ্নে বিবর্ত্তন করা যায়। ৩১টি ঘটনার মধ্যে ১১টিতে এরূপ ঘটিয়াছে। (লী)

(৪) যখন বস্তিগহ্বর অত্যন্ত সঙ্কীর্ণ এবং নির্ব্বিঘ্নে ও সহজে বিবর্ত্তন করা যায় না।

(৫) যখন প্রসূতি অত্যন্ত দুর্ব্বল ও বিবর্ত্তন ক্রিয়া সহ্য করিতে অক্ষম।

(৬) যখন লাইকর্ এম্নিয়াই নিঃসৃত করাতে উপকার হয় না।

(৭) যখন জরায়ু এত সঙ্কুচিত যে বিবর্ত্তন করা দুঃসাধ্য। আজকালের ধাত্রীবিদ্যাবিৎ পণ্ডিত মাত্রেই এই কয়েকটির কোনস্থলেই বিবর্ত্তন করিতে পরামর্শ দেন না। ডাং সিম্সন্ বলেন যে যথায় বিবর্ত্তন অনুষ্ঠান করা বিধেয় নহে তথায় পরিস্রব বিযুক্ত করাই কর্ত্তব্য। রক্তস্রাব সম্বন্ধে ডাং সিম্সনের মত আজকাল যেমন কেহই স্বীকার করেন না তদ্রূপ এসম্বন্ধে তাঁহার চিকিৎসাও কেহ অবলম্বন করেন না। সম্পূর্ণ প্লাসেণ্টা বিযুক্ত করিয়া নির্গত করা কতদূর সঙ্গত তাহা বলা যায় না। বস্তুতঃ ডাং সিম্সন্ তাঁহার পুস্তকে এই প্রক্রিয়াটি যত সহজ বলিয়া বর্ণনা করিয়াছেন তত সহজ নহে। দুর্ব্বল প্রসূতির জরায়ুর মধ্যে সমগ্র কর প্রবেশ পূর্ব্বক প্লাসেণ্টা বিযুক্ত করিতে তাহার যত কষ্ট হইবে বিবর্ত্তন করিতেও সেই কষ্ট। প্লাসেণ্টা সম্পূর্ণ বিযুক্ত করা সম্বন্ধে আর একটি প্রধান আপত্তি এই যে বিযুক্ত করিবামাত্র সন্তান ভূমিষ্ঠ করিতে না পারিলে নিশ্চয়ই সন্তানের মৃত্যু ঘটে। বার্ণিজ্ সাহেব যে প্রক্রিয়াটির কথা বলিয়াছেন তাহা অপেক্ষাকৃত সহজ এবং তদ্দ্বারা আমাদের উদ্দেশ্যও সাধিত হয়। তিনি বলেন যে প্রক্রিয়াটি এই—এক কি দুই অঙ্গুলি জরায়ুমুখে যতদূর যায় চালিত করিবে। আবশ্যক হইলে যোনিমধ্যে কর প্রবেশ কর-

ইবে। তাহার পর প্লাসেণ্টা স্পর্শ করিবে এবং উহার ও জরায়ু-প্রাচীরের মধ্য দিয়া ধীরে ধীরে অঙ্গুলি চালিত করিবে। তাহার পর অঙ্গুলিটি ঘুরাইয়া যতদূর সাধ্য উহাকে বিযুক্ত করিবে। যদি প্লাসেণ্টার সীমায় ঝিল্লী অনুভব করিতে পার এবং যদি ঝিল্লী ভেদ না হইয়া থাকে তবে সাবধানে উহা ভেদ করিবে। কর বহির্গত করিবার পূর্ব্বে সন্তান কি ভাবে আছে জানিতে চেষ্টা করিবে। এই প্রক্রিয়াটি করিলে জরায়ুগ্রীবা কিছু সঙ্কুচিত হয় এবং রক্তস্রাব বন্ধ হইয়া যায়।

উপরে যাহা বলা গেল তাহাতে স্পষ্টই বুঝা যাইতেছে যে পরিস্রবাগ্রতঃ প্রসবে কোন নির্দ্দিষ্ট নিয়মের উপর নির্ভর করিলে চলে না। প্রত্যেক স্থলের অবস্থা অনুসারে চিকিৎসা করিতে হয়। রক্তস্রাবের কারণ ও পরিণাম সম্বন্ধে যাহা বলা গিয়াছে তাহা স্মরণ রাখিলে প্রায়ই সুবিধা করিতে পারা যায়।

চিকিৎসা প্রণালীর সার সংগ্রহ। চিকিৎসা করিবার নিয়মগুলি সংক্ষেপে পুনরাবৃত্তি করা যাইতেছে।

(১) সন্তান ভূমিষ্ঠ হইয়া জীবিত থাকিতে সক্ষম হইবার পূর্ব্বে রক্তস্রাব হইলে যদি অত্যন্ত অধিক রক্তস্রাব না হয় তবে অপেক্ষা করিবে। প্রসূতিকে শয্যায় স্থির ভাবে শোয়াইয়া রাখিবে এবং রক্ত বন্ধ করিবার জন্য শৈত্য, সঙ্কোচক পেসারি প্রভৃতি ব্যবহার করিবে। (২) গর্ভের সপ্তম মাসের পর রক্তস্রাব হইলে কোন মতেই গর্ভ পূর্ণকাল পর্য্যন্ত রাখিবে না তৎক্ষণাৎ প্রসব করাইবে। (৩) সহজে পারিলে সকল স্থলেই ভ্রূণ-ঝিল্লী ভেদ করিবে। ইহাদ্বারা জরায়ু-সঙ্কোচ বৃদ্ধি হয় ও ছিন্ন নাড়ীমুখে চাপ পড়িয়া রক্ত বন্ধ হয়। (৪) রক্ত বন্ধ হইলে প্রকৃতির উপর নির্ভর করিবে। না হইলে যদি জরায়ুমুখ উন্মুক্ত থাকে বিবর্ত্তন করিবে। জরায়ুমুখ উন্মুক্ত না থাকিলে যোনি-প্রণালী গুঁজিদ্বারা রুদ্ধ করিবে ও যাহাতে জরায়ু-সঙ্কোচ বৃদ্ধি হয় তন্নিমিত্ত উদর দৃঢ় করিয়া বাঁধিবে; জরায়ুর উপর ঘর্ষণ করিবে এবং আর্গট্ সেবন করাইবে। যোনিমধ্যে গুঁজি কয়েক ঘণ্টার অধিক রাখা কর্ত্তব্য নহে। (৫) গুঁজি বাহির করিবার পর যদি দেখা যায় যে জরায়ুমুখ রীতিমত উন্মুক্ত হইয়াছে ও প্রসূতির অবস্থাও ভাল আছে তবে বিবর্ত্তন করিবে। বিবর্ত্তন করিতে বাই-পোলার অর্থাৎ বাহ্যাভ্যন্তরিক প্রথাই অবলম্বন করিবে। যদি জরায়ুমুখ উন্মুক্ত না

হইয়া থাকে তবে বার্ণিজের থলী ব্যবহার করিলে জরায়ুমুখ খুলিবে ও গুঁজির কার্য্য করিবে। (৬) প্রসূতি যদি নিতান্ত অবসন্ন হয় তাহা হইলে বিবর্ত্তন না করিয়া অথবা করিবার পূর্ব্বে জরায়ুগ্রীবা হইতে পরিস্রব বিযুক্ত করাই শ্রেয়ঃ কারণ এই অবস্থায় গর্ভিণী বিবর্ত্তনের কষ্ট সহ্য করিতে পারিবে না।

চতুর্দ্দশ পরিচ্ছেদ।

স্বস্থানস্থিত প্লাসেণ্টা বিযুক্ত হইলে রক্তস্রাব।

নির্ব্বাচন। ধাত্রীবিদ্যা সম্বন্ধীয় সধারণ গ্রন্থে এই প্রকার রক্তস্রাবকে আকস্মিক রক্তস্রাব বলা হয় এবং পরিস্রবাগ্রতঃ প্রসব জনিত অপরিহার্য্য রক্তস্রাব হইতে ইহাকে প্রভেদ করা হয়। কিন্তু পূর্ব্ব পরিচ্ছেদে আমরা বলিয়াছি যে আকস্মিক রক্তস্রাব নামটিতে ভ্রান্তি জন্মাইতে পারে এবং অনেক স্থলে পরিস্রবাগ্রতঃ প্রসবের অপরিহার্য্য রক্তস্রাবের কারণ আকস্মিক রক্তস্রাবের কারণের ন্যায় হইয়া থাকে। প্রসবের পূর্ব্বে যদি কোন কারণ বশতঃ স্বস্থানস্থিত প্লাসেণ্টা বিযুক্ত হয় তাহা হইলে ছিন্ন ইউটেরো-প্লাসেণ্টাল্ নাড়ী হইতে অত্যধিক রক্তস্রাব হইয়া থাকে এবং ইহার পরিণাম দুই প্রকার হইতে পারে। (১) স্রাবিত রক্তের সমস্তই অথবা কিয়দংশ ভ্রূণঝিল্লী ও ডেসিডুয়ার মধ্যে পথ পাইয়া জরায়ুমুখ হইতে নিঃসৃত হইতে পারে। ইহাকেই গ্রন্থকারগণ আকস্মিক রক্তস্রাব বলেন। (২) রক্ত বাহিরে নির্গত হইবার পথ না পাইয়া ভিতরে জমিতে পারে এবং তখন অত্যন্ত গুরুতর লক্ষণ উপস্থিত হইয়া প্রকৃত ঘটনা জানিবার পূর্ব্বেই সাংঘাতিক হইতে পারে। এই সকল ঘটনা যত বিরল বিবেচনা করা যায় তত বিরল নহে। ইহাদের লক্ষণ অস্পষ্ট এবং এই সকল ঘটনা নির্ণয় করাও কঠিন সুতরাং এই বিষয়ে বিশেষ মনোযোগ করা উচিত। ডাং গুডেল্ ১০৬টি ঘটনা সংগ্রহ করিয়াছেন তাহার প্রত্যেক স্থলেই এই উপসর্গ ঘটিয়াছে।

প্লাসেণ্টা বিযুক্ত হইবার কারণ বিবিধ প্রকার হইতে পারে। অধিকাংশ স্থলে উচ্চ স্থান হইতে পতন, আলস্য ত্যাগ, বা ভারি দ্রব্য উঠান প্রভৃতি কারণ হইতে পরিস্রব বিযুক্ত হইতে দেখা গিয়াছে। অন্যান্য স্থলে কোন স্পষ্ট কারণ জানিতে পারা যায় নাই সুতরাং অনুমান করা যায় যে জরায়ুর কোন পরিবর্ত্তন হওয়ায় প্লাসেণ্টা বিযুক্ত হয়। জরায়ু প্রবলবেগে সঙ্কুচিত হইলে প্লাসেণ্টা বিযুক্ত হইতে পারে অথবা জরায়ুগহ্বরের কোন স্থানে আকস্মিক অধিক রক্তসঞ্চয় হইলে প্লাসেণ্টা ও জরায়ুপ্রাচীরের মধ্যে ঈষৎ রক্তস্রাব হওয়াতে তাহার উত্তেজনায় জরায়ুসঙ্কোচ অধিক হইয়া প্লাসেণ্টা বিযুক্ত হয়। এই সকল কারণে সচরাচর পরিস্রব বিযুক্ত হইতে দেখা যায় কিন্তু যে সকল স্ত্রীলোকের অন্য কোন প্রবর্ত্তক কারণ বশতঃ উহা বিযুক্ত হইবার সূত্রপাত না হইয়া থাকে তাহাদের এত সামান্য কারণ হইতে কখনই উহা বিযুক্ত হয় না। যে সকল স্ত্রীলোকের অনেক সন্তান সন্ততি হইযাছে এবং যাহারা রুগ্ন ও দুর্ব্বল তাহাদেরই প্লাসেণ্টা সচরাচর বিযুক্ত হইতে দেখা যায়। যাহারা প্রথমবার গর্ভ ধারণ করিয়াছেন তাহাদের কতকগুলি রোগ যথা এলবুমিনিউরিয়া অথবা অত্যধিক রক্তপাত হইলে ধাতু বিকৃত হইয়া প্লাসেণ্টা বিযুক্ত হইবার সূচনা হয়। পরিস্রবের অপকৃষ্টতা এবং পীড়া হইলে উহা বিযুক্ত হইবার অত্যন্ত সম্ভাবনা। গর্ভের শেষ কয় মাসের পূর্ব্বে অথবা বেদনা আরম্ভ হইবার পূর্ব্বে এইরূপ রক্তস্রাব প্রায়ই অধিক হয় না। গর্ভকাল অগ্রসর হইলে পরিস্রবের রক্তবাহী নাড়ী সকল যেরূপ বড় হয় তাহা দেখিয়া ইহার কারণ অনায়াসে অনুমান করা যায়।

কারণ ও নিদান।

প্লাসেণ্টার কিয়দংশ বিযুক্ত হইলে যদি রক্ত ভ্রূণঝিল্লী ও ডেসিডুয়ার মধ্য দিয়া পথ পায় তাহা হইলে উহা যোনিদ্বার দিয়া নির্গত হইবামাত্রই ব্যাপারটি কি অনায়াসে বুঝা যায়। কিন্তু আভ্যন্তরিক রক্তস্রাব হইলে নির্ণয় করা বড় কঠিন। তখন সম্ভবতঃ রক্ত পরিস্রব ও জরায়ু মধ্যে জমে। কখন কখন পরিস্রব এক সীমা হইতে বিযুক্ত হয় না এবং সীমার স্থানে বড় বড় রক্তের চাঁই জমিয়া থাকে। অনেক স্থলে পরিস্রবের এক সীমা বিযুক্ত হয় এবং ভ্রূণঝিল্লী ও জরায়ু প্রাচীরের মধ্যে রক্ত জমে। জরায়ুগ্রীবার নিকট রক্ত জমিলে ভ্রূণের নির্গমনোন্মুখ অংশদ্বারা পথ রুদ্ধ থাকায় রক্ত নিঃসৃত

লক্ষণ ও নির্ণয়।

হইতে পায় না কিন্তু ফাণ্ডাসের নিকট জন্মিলে জরায়ু স্ফীত হওয়ায় গর্ভিণী বেদনা অনুভব করে। এম্‌নিয়ান্‌ গহ্বরে রক্ত যাইতে পারে কিন্তু প্রায় যায় না। গুডেল্‌ সাহেব ইহার কারণ নিম্নলিখিত রূপে নির্দ্দেশ করেন। তিনি বলেন জরায়ুমুখ বন্ধ থাকিলে ভ্রূণঝিল্লী যতই পাতলা হউক না কেন শীঘ্র জরায়ু প্রাচীর হইতে বিদীর্ণ হইতে পারে না। কারণ থলী মধ্যে লাইকর্‌ এম্‌নিয়াই রস সমভাবে বিস্তৃত থাকাতে স্রাবিত রক্তের চাপকে তুল্যভাবে প্রতিরোধ প্রদান করে এইটি স্মরণ রাখা কর্ত্তব্য কারণ ঝিল্লী বিদীর্ণ হইয়া লাইকর্‌ এম্‌নিয়াই নিঃসৃত হইলে তাহাতে রক্তের চিহ্ন না পাওয়াতে আমরা নির্ণয় করিতে ভুল করিয়াছি মনে করিতে পারি।

গুপ্ত আভ্যন্তরিক রক্তস্রাবের প্রধান লক্ষণ অত্যন্ত অধিক অবসাদ। এই অবসাদের স্পষ্ট কোন কারণ লক্ষিত হয় না। এই অবসাদ লক্ষণ সাধারণ সিন্‌কোপের অবসাদ লক্ষণ হইতে বিভিন্ন। ইহা দীর্ঘকাল স্থায়ী ও গুরুতর এবং ইহাতে অত্যন্ত অধিক রক্তস্রাবের লক্ষণ যথা অঙ্গ প্রত্যঙ্গ শীতল ও পাংশু বর্ণ, অত্যন্ত অস্থিরতা ও ভয়, শীঘ্র শীঘ্র দীর্ঘশ্বাস, হাইতোলা এবং নাড়ী দ্রুত, ক্ষীণ ও চাপ সহনাক্ষম এই সকল দেখা যায়। বাহ্যিক রক্তস্রাব অল্প হইলেও যদি বুঝা যায় যে লক্ষণ রক্তস্রাবের পরিমাণ অপেক্ষা অধিক গুরুতর তাহা হইলে আভ্যন্তরিক রক্তস্রাব অধিক হইতেছে বুঝিতে হইবে। প্রায়ই প্রসব বেদনা উপস্থিত থাকে। কখন কখন বেদনা প্রবল ও ছিন্নবৎ বোধ হয় কখন বা সামান্য বেদনা থাকে আবার সময়ে সময়ে অসহ্য হইয়া উঠে। বেদনা এক স্থানেই অনুভূত হয় এবং রক্তসঞ্চয় জন্য বেদনা বোধ হয়। জরায়ু স্পষ্ট স্ফীত হইলে যে স্থানে রক্তপাত হইয়াছে সেই স্থানটি অধিক উচ্চ দেখায়। কিন্তু গর্ভিণী কৃশ ও তাহার উদরের মাংসপেশী শিথিল না হইলে উহা জানিতে পারা যায় না। ডাং কার্জো বলেন যে অকস্মাৎ জরায়ুর আকার বৃদ্ধি আভ্যন্তরিক রক্তপাতের একটি লক্ষণ কিন্তু গর্ভের শেষ অবস্থায় রক্তস্রাব অত্যন্ত অধিক না হইলে ইহা জানা যায় না।

গুপ্তরক্তস্রাবের লক্ষণ।

গর্ভের তরুণাবস্থায় রক্তপাত হইলে স্পষ্ট জানা যায়। ডাং প্লেফেয়ার্‌ এক স্থলে গর্ভের পঞ্চম মাসে ইহা লক্ষ্য করিয়াছেন। শিভেলিয়ার্‌ সাহেব একটি

ঘটনার কথা বলেন। একটি গর্ভিণীর মৃত্যু হওয়াতে তাহার উদরের আকৃতি দেখিয়া পূর্ণ গর্ভকাল বিবেচনা করিয়া সন্তান বাহির করিবার জন্য সিজারিয়ান্ সেক্শন্ করা হয়। কিন্তু শস্ত্রক্রিয়া হইবার পর দেখা গেল যে গর্ভমধ্যে কেবল তিন মাসের একটি ভ্রূণ রক্তের চাঁইয়ের মধ্যে আছে। রক্তস্রাব হওয়ায় তাহার উদর এত বড় দেখাইয়াছিল। প্রসব বেদনা একেবারে না থাকিতে পারে। যদি থাকে তবে ক্ষীণ অসম ও অকার্য্যকারী। সিন্‌কোপের সহিত

প্রভেদ সূচক নির্ণয়। আভ্যন্তরিক রক্তস্রাব ভুল হইতে পারে এবং জরায়ু বিদারণ বলিয়াও ভ্রম হওয়া বিচিত্র নহে। কারণ উভয় স্থলেই ভয়ানক যন্ত্রনা ও অবসাদ ঘটে। লাইকর্ এম্নিয়াই নিঃসৃত হইয়া প্রসব বেদনা কিয়ংকাল পর্য্যন্ত না হইলে জরায়ু বিদারণ ঘটে না কিন্তু রক্তস্রাব প্রসবের পূর্ব্বে বা কিছু পরেই হইয়া থাকে। জরায়ু বিদীর্ণ হইলে ভ্রূণের নির্গমনোন্মুখ অংশ ঢুকিয়া যায় এবং ভ্রূণ উদগহ্বরে গিয়া পড়ে সুতরাং আভ্যন্তরিক রক্তস্রাব ও জরায়ু বিদারণ উভয়ের লক্ষণানুসারে প্রভেদ দেখিতে পাওয়া যায়।

ভাবীফল। বাহ্যিক রক্তস্রাব হইলে ভাবী ফল বিশেষ অশুভ নহে। কারণ কি ঘটিতেছে সহজে বুঝিয়া উপযোগী চিকিৎসা দ্বারা অনিষ্ট নিবারণ করিতে পারা যায়। কিন্তু আভ্যন্তরিক রক্তস্রাব ইহা হইতে সম্পূর্ণ বিভিন্ন এবং ইহাতে মৃত্যুসংখ্যাও অধিক। গুডেল্ সাহেব যে ১০৬টি ঘটনা সংগ্রহ করিয়াছেন তন্মধ্যে ৫৪টি প্রসূতির মৃত্যু হইয়াছে। মৃত্যুসংখ্যা এত অধিক হইবার কারণ এই যে রক্তস্রাব হইতেছে জানিবার পূর্ব্বেই প্রসূতির এত ভয়ানক অবসাদ হয় যে সেই অবসাদ নিরাকরণ করিতে অবসর পাওয়া যায় না। আবার দুর্ব্বল ও রুগ্ন স্ত্রীলোকদিগেরই প্রায় এই দুর্দ্দশা ঘটিয়া থাকে সুতরাং ধাতুদৌর্ব্বল্যও ইহার অপর কারণ। সন্তানের ভাবী ফল আরও অশুভ। ১০৭টি সন্তানের মধ্যে কেবল ৬টি মাত্র জীবিত ভূমিষ্ঠ হইয়াছে। সন্তানের নিশ্চিত মৃত্যুর কারণ এই যে জরায়ু ও প্লাসেণ্টার মধ্যস্থলে রক্ত জমিলে প্লাসেণ্টার ভ্রূণাংশ ছিন্ন হইবার সম্ভাবনা। ছিন্ন হইলে স্রাব জন্য সন্তানেরও মৃত্যু হয়।

চিকিৎসা। এই প্রকার রক্তস্রাব অথবা গর্ভাবস্থায় অন্য কারণ

জনিত রক্তস্রাব জরায়ু সঙ্কোচ দ্বারা বন্ধ হইয়া থাকে। সুতরাং যাহাতে জরায়ুসঙ্কোচ হয় তদ্বিষয়ে বিশেষ যত্ন করা আবশ্যক। রক্তস্রাব বাহ্যিক হউক আর আভ্যন্তরিক হউক প্রথমেই ভ্রূণঝিল্লী ভেদ করিবে যদি অল্প রক্তস্রাব হয় তাহা হইলে ঝিল্লী ভেদ করিলেই উহা বন্ধ হইয়া যায়। তাহার পর আর কিছু না করিয়া প্রকৃতির উপর নির্ভর করিলেও চলে তবে যাহাতে জরায়ুমধ্যে রক্ত জমিতে না পায় তজ্জন্য উদর কসিয়া বাঁধিয়া দিবে। কেন না আভ্যন্তরিক রক্তস্রাব গুপ্তভাবে হইবার আশঙ্কা থাকে। তাহার পর জরায়ুর উপর হাত দিয়া চাপ দিলে এবং পূর্ণমাত্রায় আর্গট্ সেবন করাইলে জরায়ুসঙ্কোচ বৃদ্ধি করা যাইতে পারে। ইহাতেও রক্তস্রাব বন্ধ না হইলে এবং গুপ্তভাবে স্রাব হইতেছে বুঝিতে পারিলে যত শীঘ্র জরায়ুকে শূন্য করা যায় ততই মঙ্গল। জরায়ুমুখ রীতিমত উন্মুক্ত হইলে তৎক্ষণাৎ বিবর্ত্তন করিবে এবং সাধ্যমত উভয়বিধ প্রণালীতে বিবর্ত্তন করিবার চেষ্টা করিবে। কিন্তু যদি উন্মুক্ত না থাকে তবে বার্ণিজের থলী ব্যবহার করিবে ও যাহাতে জরায়ুতে রক্ত জমিতে না পারে তজ্জন্য উহাকে দৃঢ়ভাবে চাপিয়া রাখিবে। প্রসূতির অবসাদ লক্ষণ অধিক দেখিলে বুঝিতে হইবে যে সে বিবর্ত্তন সহ্য করিতে পারিবে না। তখন কাজেই অপেক্ষা করিয়া উত্তেজক ঔষধি, তাপ প্রভৃতি দিয়া যাহাতে প্রসূতি প্রকৃতিস্থ হয় তাহা করিবে। জরায়ুর উপর সতত চাপ রাখিবে। ভ্রূণমস্তক অধিক নিম্নে থাকিলে ফর্সেপ্স দ্বারা টানিয়া বাহির করিয়া শীঘ্র প্রসব সমাধা করিবে।

পঞ্চদশ পরিচ্ছেদ।

—০:—:০—

প্রসবের পর রক্তস্রাব।

প্রসবের তৃতীয়াবস্থায় অথবা তাহার অব্যবহিত পরেই রক্তস্রাব হইলে অত্যন্ত চিন্তার বিষয় হইয়া উঠে। প্রসব নির্ব্বিঘ্নে সম্পন্ন হইয়া গেলে অকস্মাৎ রক্তস্রাব হইয়া মুহূর্ত্ত মধ্যে

জানিবার আবশ্যকতা

প্রসূতি ভয়ানক বিপদে পতিত হইতে পারে। সুতরাং এ অবস্থায় চিকিৎসকের প্রত্যুৎপন্নমতিত্ব ও নৈপুণ্য নিতান্ত আবশ্যক করে। এই দুর্ঘটার কারণ, নিবারণোপায় এবং চিকিৎসা সম্বন্ধে ধাত্রীবিদ্যা ব্যবসায়ীগণের সম্যক্ জ্ঞান থাকা আবশ্যক। কেননা অন্যান্য স্থলে পরামর্শ ও চিন্তা করিবার অবসর পাওয়া যায় কিন্তু এ দুর্ঘটনায় কোন অবসরই থাকে না এবং সত্বর সাহায্য না করিলে প্রসূতির জীবন নাশের সম্ভাবনা।

প্রসবের পর রক্তস্রাব হইতে সচরাচর দেখা যায়। এই সম্বন্ধে কোন তালিকা দেখা যায় না বটে তথাপি সমাজের উচ্চ শ্রেণীস্থ স্ত্রীলোকদিগের যে এই দুর্ঘটনা প্রায়ই ঘটে তাহাতে অনুমাত্রও সন্দেহ নাই। আজ কাল সভ্যতার অনুরোধে উচ্চ শ্রেণীস্থ মহিলাগণ যেরূপে কালাতিপাত করেন তাহাতে দেহ শিথিল হওয়ায় জরায়ুর নিশ্চেষ্টতা জন্মে। জরায়ুর নিশ্চেষ্টতাই প্রসবের পর রক্তস্রাবের প্রধান কারণ। বিলাতের রেজিষ্ট্রার জেনারেল্ সাহেবের ১৮৭২।৭৬ সাল পর্য্যন্ত পাঁচ বৎসরের রিপোর্ট দেখিলে জানা যায় যে উক্ত সময়ের মধ্যে ৩,৫২৪ জন রক্তস্রাব জন্য মারা পরিয়াছে। ইহার মধ্যে অধিকাংশের প্রসবের পর রক্তস্রাব হওয়ায় মৃত্যু হয় এবং অল্প সংখ্যক প্রসূতির অন্য কারণ বশতঃ রক্তস্রাব হওয়ায় মৃত্যু হয়।

প্রসবের পর রক্তস্রাব ঘটনা সংখ্যা।

সৌভাগ্যবশতঃ এই দুর্ঘটনাটি সচরাচর নিবারণ করা যায়। প্রসবের তৃতীয় অবস্থা সুচারুরূপে নির্ব্বাহ করিতে পারিলে এবং প্রত্যেক স্থলে প্রসবের পর রক্তস্রাব হইবার সম্ভাবনা স্মরণ করিয়া সতর্ক থাকিলে মৃত্যুসংখ্যা এত অধিক হয় না। আশ্চর্য্যের বিষয় এই যে সকল চিকিৎসকের হস্তে এই দুর্ঘটনা সমান হয় না। সন্তান ভূমিষ্ঠ হইবার পর যাঁহারা প্রসূতির আর কোন যত্ন করেন না তাঁহাদেরই হস্তে অধিক ঘটে। প্রসবের তৃতীয় অবস্থায় সুযোগ্য চিকিৎসকের সাহায্য যেরূপ আবশ্যক অন্য অবস্থায় তত নহে। ডাং প্লেফেয়ার্ বলেন যে যেসকল চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে থাকিয়া প্রসবের পর রক্তস্রাব অধিকাংশ স্থলে ঘটে তাঁহারা হয় প্রসবের তৃতীয়াবস্থা সুচারুরূপে নির্ব্বাহ করিতে জানেন না নতুবা করেন না।

এই দুর্ঘটনা সহজে নিবারণ করা যায়।

পূর্ব্বে বলা গিয়াছে যে শেষ প্রসব বেদনাতে পরিস্রব বিমুক্ত হয়। সন্তান ভূমিষ্ঠ হইবার পর অল্পাধিক রক্তস্রাব যাহা ঘটে বোধ হয় প্রসবের ছিন্ন নাড়ী হইতে তাহা নির্গত হয়। ইহার পরেই জরায়ু দৃঢ় সঙ্কুচিত হয়। রীতিমত সঙ্কুচিত হইলে জরায়ু একটি কঠিন ক্রিকেট্ বলের ন্যায় অনুভূত হয়। সঙ্কোচের ফলে জরায়ুপ্রাচীরস্থ সমস্ত শীরা ও ধমনীর উপর চাপ পড়ে এবং রক্তস্রাব বন্ধ হইয়া যায়। গর্ভ হইলে জরায়ুর মাংসপেশী সূত্র সকল কি ভাবে বিন্যস্ত বিশেষতঃ যথায় প্লাসেণ্টা থাকে তথায় যে ভাবে বিন্যস্ত আছে তাহা এই পুস্তকের প্রথম খণ্ডে বলা গিয়াছে। সেই অধ্যায়টি পাঠ করিলে বুঝা যাইবে যে রক্তস্রাব বন্ধ করিবার জন্য পেশীসূত্র সকল কি সুন্দর রূপে বিন্যস্ত আছে। আবার রক্তবাহী নাড়ী সকল যে রূপে বিন্যস্ত তাহা দেখিলেই বুঝা যায় যে জরায়ু সঙ্কোচ উত্তম রূপে হইলে একেবারে রক্তস্রাব বন্ধ হয়। বড় বড় শিরাখাত একটির উপর অপরটি স্তরে স্তরে জরায়ুপ্রাচীরে স্থিত এবং এই সকল শিরা পরস্পরের সহিত শাখা শিরাদ্বারা যুক্ত। যথায় উপর স্তরের শিরা নিম্নস্তরের শিরার সহিত সম্মিলনের স্থানে নিম্ন শিরার গহ্বরে এক একটি অর্দ্ধচন্দ্রাকৃতি ছিদ্র আছে। এই ছিদ্রের চতুঃসীমায় পেশীসূত্র আছে ইহাদের সঙ্কোচে নিম্নস্তর হইতে উর্দ্ধস্তরে রক্ত যাইতে পারে না। শিরাখাত গুলি চ্যাপ্‌টা এবং তাহারা মাংসপেশীর সহিত দৃঢ়তর লিপ্ত। এখন সহজে বুঝা যাইতেছে যে এইরূপ বিন্যাস নাড়ীর মুখ বন্ধ করিবার কত উপযোগী। শিরাগুলি বড় এবং তন্মধ্যে ভাল্‌ভ্ বা কপাট নাই সতরাং জরায়ু সঙ্কোচ ভালরূপ না হইলে অথবা যৎসামান্যমাত্র হইলে কেন যে ভয়ানক রক্তস্রাব হয় অনায়াসে বুঝা যায়।

কারণ প্রসবের পর রক্তস্রাব বন্ধ হইবার প্রাকৃতিক উপায়।

জরায়ু দৃঢ় ও সমভাবে নিয়ত সঙ্কুচিত থাকিলে ছিন্ন নাড়ী সকলের মুখ বন্ধ হইয়া একেবারে রক্তস্রাব বন্ধ হয় কিন্তু অনেক গ্রন্থকার এই বিষয়ে সন্দেহ করেন। গুশ্ সাহেব জরায়ুর সঙ্কোচ অবস্থাতেও এক প্রকার রক্তস্রাব হইবার বিষয় প্রথমে বর্ণনা করেন এবং তাহার পর ভেল্‌পোঁ, রিগ্‌বী, জেণ্ড্রিন্ প্রভৃতি লেখকগণও ইহা বর্ণনা করিয়াছেন। সিম্‌সন্ সাহেব এই সম্বন্ধে

জরায়ুর স্থায়ী সঙ্কোচের আবশ্যকতা।

বলেন যে জরায়ুর প্রবল সঙ্কোচই যে জরায়ুর ছিন্নশিরা হইতে রক্তস্রাব বন্ধ করিবার প্রধান উপায় তাহা নহে। গুশ সাহেব যে ঘটনার উল্লেখ করিয়াছেন তাহাতে স্পষ্টই বুঝা যায় যে সন্তান ভূমিষ্ঠ হইবার পর জরায়ুর প্রবল সঙ্কোচ হইলেও কিয়ৎকালের মধ্যেই উহা পুনর্ব্বার শিথিল হইয়াছিল নচেৎ রক্তের চাঁই নির্গত করিবার জন্য তিনি কি রূপে জরায়ুমধ্যে হস্ত প্রবিষ্ট করিতে সক্ষম হইয়াছিলেন। বার্ণিজ্ বলেন যে এই সকল ঘটনার মধ্যে কয়েকটিতে জরায়ুগ্রীবা ছিন্ন হওয়ায় রক্তস্রাব হইয়াছে। এরূপ আঘাত পাইলে জরায়ু যত কেন সঙ্কুচিত থাকুক না রক্তস্রাব হওয়া বিচিত্র নহে ইহা স্মরণ রাখা সর্ব্বদা কর্ত্তব্য।

জরায়ুর সঙ্কোচ থাকিলে প্রসবের পর রক্তস্রাব হওয়া সঙ্গত নহে স্বীকার করিলেও জরায়ুর শিথিল অবস্থাতে যে রক্তস্রাব হইতেই হইবে এমত নহে বরং অনেক স্থলে দেখা যায় যে জরায়ু বেশ শিথিল আছে অথচ কিছুমাত্র রক্তস্রাব হয় নাই। প্রসবের পর জরায়ুর সঙ্কোচ ও শৈথিল্য পর্য্যায়ক্রমে ঘটিতে প্রায়ই দেখা যায় কিন্তু উক্ত শিথিল অবস্থাতে রক্তস্রাব হইতে দেখা যায় না। ইহার কারণ এই যে সন্তান ভূমিষ্ঠ হইবার পরেই জরায়ু একপ সঙ্কুচিত হয় যে রক্তস্রাব হইতে পায় না এবং এই সঙ্কোচ অবস্থাতেই জরায়ুর খাতের মুখে রক্ত জমিয়া মুখগুলি বন্ধ করিয়া দেয় সুতরাং জরায়ু শিথিল হইলেও আর রক্তপাত হইতে পারে না। সম্ভবতঃ জরায়ু-সঙ্কোচ এবং শিরা সমবরোধন এই উভয় উপায়েই সাধারণতঃ রক্তস্রাব বন্ধ হয়। প্রসবের পর রক্তস্রাবের চিকিৎসায় যাহাতে এই দুইটী কার্য্য সাধিত হয় তাহাই সুচিকিৎসা।

জরায়ুর নিশ্চেষ্টতাই প্রসবের পর রক্তস্রাব হইবার মুখ্য কারণ। কিন্তু এতদ্ভিন্ন আরও কতকগুলি গৌণ কারণ আছে তন্মধ্যে বিলম্বসাধ্য প্রসবের পর অবসাদ একটি। বিলম্বসাধ্য প্রসবে জরায়ু অনেকক্ষণ পর্য্যন্ত ঘন ঘন সঙ্কুচিত হইয়া ভ্রূণ নির্গত করিয়া দিলেই শিথিল হইয়া পড়ে সুতরাং রক্তস্রাব হয়।

রক্তস্রাবের গৌণ-কারণ।

(২) জরায়ু অত্যন্ত স্ফীত হইলেও এরূপ ঘটে সুতরাং যেখানে লাইকার এমুনিয়াই অত্যন্ত অধিক হয় অথবা বহুভ্রূণ জন্মায় সেখানে প্রায়ই রক্তস্রাব

হইতে দেখা যায়। ডাং প্লেফেয়ার্ বলেন যে একটি গর্ভিণীর তিনটি ভ্রূণ একত্রে জন্মিয়াছিল বলিয়া তাহার জরায়ু অত্যন্ত স্ফীত হয় এবং ভ্রূণত্রয় ভূমিষ্ঠ হইবার পর প্রসূতির ভয়ানক রক্তস্রাব হইয়াছিল।

(৩) জরায়ু শীঘ্র ভ্রূণশূন্য করিলে প্লাসেণ্টা সম্পূর্ণরূপে বিযুক্ত হইবার সময় না পাওয়ায় এইরূপ ঘটে তজ্জন্য ফর্সেপস দ্বারা শীঘ্র প্রসব করাইলে প্রায় রক্তস্রাব হইতে দেখা যায়। ত্বরিত প্রসবেও এই কারণে রক্তস্রাব হইতে পারে।

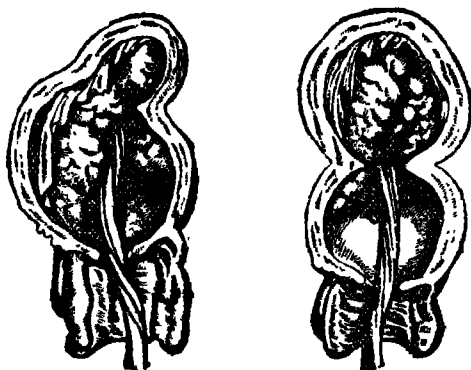
(৪) গর্ভিণীর শারীরিক অবস্থানুসারে রক্তস্রাব হইয়া থাকে। যেসকল স্ত্রীলোকদিগের শরীর দুর্ব্বল ও অনেক সন্তান হইযাছে তাহাদিগের মধ্যেই রক্তস্রাব ঘটিতে অধিক দেখা যায় কিন্তু যাহারা প্রথমবার মাত্র গর্ভিণী হইয়াছে তাহাদের তত নহে। বহুপ্রসবিনীদিগের জরায়ু দুর্ব্বল বলিয়া ভালরূপ সঙ্কুচিত হয় না। কাজেই তাহাদের "হ্যাতল ব্যথা" অধিক হয়। যাঁহারা উষ্ণ-প্রধান দেশে চিকিৎসা করেন তাঁহারা বলেন যে ইউরোপীয় স্ত্রীলোকেরা তথায় প্রসব হইলে উক্ত বিপদ ঘটিবার সম্ভাবনা এবং এই জন্যই ভারত-বাসিনী ইংরাজ মহিলাগণের প্রসবের সময় এই আশঙ্কা থাকে।

জরায়ুর অসম-সঙ্কোচ।

জরায়ুর আংশিক অসম সঙ্কোচ প্রসবের পর রক্তস্রাব হইবার আর এক কারণ। জরায়ুর পৈশিক উপাদানের একাংশ দৃঢ়ভাবে সঙ্কুচিত হয় কিন্তু পরিস্রবের নিকটস্থ অংশ শিথিল থাকে। ডাং সিম্‌সন্ এসম্বন্ধে বিশেষ মনোযোগ করিয়া স্থির করিয়াছেন যে প্রসবের পর রক্তস্রাব ঘটিলে প্রায়ই জরায়ুর বিভিন্ন অংশ অসমভাবে সঙ্কুচিত হইতে দেখা যায়। স্পর্শ করিলে জরায়ুর একাংশ দৃঢ় সঙ্কুচিত ও অপর অংশ কোমল ও শিথিল অনুভূত হয়।

জরায়ুর আউআর্ গ্লাস্ বা বিলম্বমধ্য সঙ্কোচ।

অনেক গ্রন্থকার জরায়ুর অপর এক প্রকার সঙ্কোচের বিষয় বর্ণনা করেন এবং বলেন যে ইহা অত্যন্ত বিপদ-জনক। তাঁহারা ইহাকে "আওআর্ গ্লাস্" বিলম্বমধ্য সঙ্কোচ বলেন। এই সঙ্কোচের প্রকৃত কারণ এই যে জরায়ুর অন্তর্মুখের আক্ষেপিক সঙ্কোচ জন্য পরিস্রব জরায়ুর শিথিল ঊর্দ্ধ দেশে আবদ্ধ থাকে। জরায়ুমধ্যে করপ্রবেশ করাইলে শিথিল গ্রীবাদেশ পর্য্যন্ত অনায়াসে যাইতে

পারে তাহার পর অন্তর্মুখে আসিলে উহা বদ্ধ বলিয়া অনুভূত হয়। এই বদ্ধ অন্তর্মুখ দিয়া নাভীরজ্জু নির্গত হইয়াছে। জরায়ুর বদ্ধ অন্তর্মুখকে জরায়ুর কিয়দংশ গোলাকারে সঙ্কুচিত হইয়াছে বলিয়া অনেকে ভ্রম করেন।

এই সঙ্কোচে প্লাসেণ্টা জরায়ুর কিয়দংশে নিশ্চয়ই আবদ্ধ থাকে বটে কিন্তু অতি অল্প সংখ্যক স্থলেই থাকে। জরায়ুর প্লাসেণ্টাল্ অংশ নিশ্চেষ্ট ও শিথিল থাকে ও অন্য অংশ দৃঢ় সঙ্কুচিত হয় বলিয়া প্লাসেণ্টা আবদ্ধ থাকে।

অসমসঙ্কোচের কারণ।

প্রাচীন পণ্ডিতেরা জরায়ুর অসম সঙ্কোচ যত অধিক ঘটে বলিতেন তত অধিক ঘটে না। ডাং প্লেফেয়ার্ বলেন যে প্রসাবের তৃতীয়াবস্থ সুচারুরূপে নির্ব্বাহ করিতে না পারিলে আজকাল কোথাও কোথাও জরায়ুর অসমসঙ্কোচ দেখা যায়। রিগ্‌বী সাহেব বলেন যে ব্যস্ত হইয়া প্লাসেণ্টা নির্গত করাইলে প্রায়ই জরায়ুর অসমসঙ্কোচ হয়। কারণ নাভীরজ্জু ধরিয়া টানাটানি করায় জরায়ুর অন্তর্মুখ সঙ্কুচিত হইয়া যায়। আবার জরায়ুর অন্তর্মুখ সঙ্কুচিত হইলে জরায়ুর ফাণ্ডাস্ যাহাতে উত্তম রূপে সঙ্কুচিত হয় এরূপ চেষ্টা করা হয় না বলিয়া জরায়ুর নিলয়-মধ্য অথবা বালি ঘড়ির ন্যায় সঙ্কোচ হয়। ডান্‌ক্যান্ সাহেব বলেন যে জরায়ু বালি ঘড়ির ন্যায় সঙ্কুচিত হইলে সঙ্কুচিত অংশের ঊর্দ্ধদেশ নিশ্চেষ্ট ও শিথিল ভাবে থাকিতেই হইবে নতুবা উক্তরূপ সঙ্কোচ ঘটিবে না। পরিস্রব নির্গত করাইবার জন্য যদি নাভীরজ্জু ধরিয়া কখনই

টানাটানি না করা হয় এবং কেবল জরায়ুর উপর চাপ দিয়া উহা বাহির করা যায় তাহা হইলে জরায়ুর অসম ও আক্ষেপিক সঙ্কোচ হইতে পায় না এবং রক্তস্রাবও হয় না। এই সকল স্থলে জরায়ুর আংশিক সঙ্কোচ জন্য রক্তস্রাব হয় না উহার আংশিক শৈথিল্য জন্যই হইয়া থাকে।

প্লাসেণ্টার সংযোগ।

প্লাসেণ্টা বিযুক্ত হইয়াও উহার কিয়দংশ জরায়ুপ্রাচীরে সংযুক্ত থাকিলে রক্তস্রাব যত অধিক ঘটে বলিয়া বোধ করা হয় বস্তুতঃ তত অধিক ঘটে না। অনেক স্থলে জরায়ুর নিশ্চেষ্টতা জন্য প্লাসেণ্টা নির্গত হইতে না পারিলে অনেকে বিবেচনা করেন যে উহা আংশিক রূপে জরায়ুর প্রাচীরে সংলগ্ন আছে। ব্রণ্ সাহেব বলেন যে বালিঘড়ির ন্যায় জরায়ুর ও প্লাসেণ্টার অস্বাভাবিক সংযোগ কেবল নব্য চিকিৎসকেই দেখিতে পাই-বেন। প্লাসেণ্টার একপ সংযোগের কারণ স্পষ্ট জানা নাই। সম্ভবতঃ প্রথমে জরায়ুর শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর কোন পীড়া হইয়া তৎপরে ডেসিডুয়ার পীড়া হইলে ইহা ঘটিতে পারে। এই কারণ সত্য হইলে প্রতিবারে প্রসবকালে প্লাসেণ্টার অস্বাভাবিক সংযোগ ঘটা সম্ভব। ডেসিডুয়া পরিবর্ত্তিত ও মোটা হয় এবং সংযোগ স্থলে ক্যাল্কেরিয়াস্ ও ফাইব্রাস (অর্থাৎ চূর্ণময় ও সৌত্রিক) অপকৃষ্টতা দেখা যায়। সচরাচর পরিস্রবের একাংশই এরূপ সংযুক্ত থাকে। কখন কখন উহার ক্ষুদ্র অংশ জরায়ুর মধ্যে থাকিয়া যায় এবং বাকি সমস্তই বাহির হইয়া যায়। এই সকল ঘটনা কিরূপে নির্ণয় ও নির্ব্বাহ করিতে হইবে তাহা চিকিৎসা স্থলে বলা যাইতেছে।

রক্তস্রাব হইবার ধাতুগত কারণ।

অবশেষে ইহাও বলিতে হইবে যে কোন কোন স্ত্রীলোক এরূপ আছে যে যত কেন সাবধান হওয়া যাক না প্রসবের পর তাহা-দের রক্তস্রাব হইবেই হইবে। কিন্তু এরূপ স্ত্রীলোকের সংখ্যা অতি বিরল। ডাঃ কেক্ষোরাদ্ বলেন যে তিনি কতকগুলি এরূপ স্ত্রীলোক দেখিয়াছেন যাহাদের প্রতিবার প্রসব কালেই এত ভয়ানক রক্তস্রাব হইয়াছে যে প্রায় জীবন সংশয় হইয়াছিল। তিনি কেবল দুইটি স্থলে নিবারণোপায় অবলম্বন করিয়াও কৃতকার্য্য হইতে পারেননাই। এই দুইটি ঘটনার একটী অন্যত্র বর্ণিত হইয়াছে। এবং অপরটিতে তিনি কোন ক্রমেই জরায়ু সঙ্কোচ স্থায়ী করিতে পারেন নাই। এই স্ত্রীলোকটি

নিশ্চয়ই মারা পড়িত তবে ডাঃ গ্রেফেরায় আধুনিক চিকিৎসা প্রণালী অবলম্বন করিয়া ছিন্ন নাড়ী মুখে সমবরোধন উৎপাদন করিতে সক্ষম হওয়ায় বাঁচিয়া যায়। এই সকল ঘটনার প্রকৃত কারণ আজিও জানা নাই সম্ভবতঃ ধাতু বিকৃতি জন্যই ইহাদের এত ভয়ানক রক্তপাত হয়।

লক্ষণ ও চিহ্ন। সন্তান ভূমিষ্ঠ হইবার ও ফুল পড়িবার পূর্ব্বে রক্তস্রাব হইতে পারে অথবা কিছুকাল পরে সঙ্কুচিত জরায়ু শিথিল হইলে রক্তস্রাব হইতে পারে। অকস্মাৎ হইলে প্রথমে ঝলকে ঝলকে রক্ত আইসে এবং গুরুতর হইলে এত ভয়ানক রক্ত পড়ে যে বস্ত্র, শয্যা প্রভৃতি ভিজিয়া মাটিতে গড়াইয়া যায়। এই সময়ে উদরের উপর হস্ত রাখিলে জরায়ু কঠিন গোলার মত অনুভূত না হইয়া কোমল ও শিথিল বোধ হয়, এবং এমন কি জরায়ু একেবারে অনুভব করা যায় না। রক্তস্রাব অল্প হইলে অথবা শীঘ্র উহা বন্ধ করিতে পারিলে আর কোন গোল থাকে না কিন্তু অধিক হইলে অথবা বন্ধ করিতে না পারিলে অতি ভয়ানক পরিণাম হয়।

গুরুতর স্থলে অবস্থা। প্রসবের পর রক্তস্রাব হইলে দেখিতে অত্যন্ত ভয় করে। প্রসূতির নাড়ী শীঘ্রই এত দুর্ব্বল হইয়া যায় যে উহা কেবল সূত্রবৎ অনুভূত হয় এবং এমন কি একেবারে অনুভব করা যায় না। প্রসূতি শীঘ্রই সংজ্ঞাহীন হইয়া যায়। সংজ্ঞালোপ অশুভের কারণ না হইয়া বরং শুভফল প্রদান করে কেননা ইহাদ্বারা ছিন্ন নাড়ীমুখে সমবরোধন উৎপন্ন হয়। সংজ্ঞালোপ না হইলে প্রসূতি অত্যন্ত দৌর্ব্বল্য অনুভব করে। তাহার পরেই প্রসূতি অস্থির হইয়া পড়ে এবং শয্যাতে ছট্‌ফট্ করে ও হাত দুইটি ক্রমাগত মস্তকে উত্তোলন করে। শ্বাস প্রশ্বাস ঘন ঘন ও দীর্ঘ দীর্ঘ হয়। দেখিলে বোধ হয় যেন নাভীশ্বাস আরম্ভ হইয়াছে। প্রসূতি অধিক বায়ু পাইবার প্রার্থনা করে। চর্ম্ম শীতল ও ঘর্ম্মাক্ত হয়। এই অবস্থাতেও রক্তস্রাব বন্ধ না হইলে দৃষ্টিলোপ, আক্ষেপ, শয্যাহাতড়ান প্রভৃতি ঘটিয়া মৃত্যু হয়। এই সকল লক্ষণ অত্যন্ত ভয়ানক হইলেও সৌভাগ্য এই যে অনেক সময় প্রসূতিকে যমের মুখ হইতেও ফিরিতে দেখা যায়। কণ্ঠাগত প্রাণ হইলেও যদি রক্তস্রাব বন্ধ করা যায় তথাপি জীবনের আশা করা যাইতে পারে। কয়েক মিনিটের মধ্যে রক্তস্রাব হইয়া প্রসূতি এত ভয়ানক

দুর্ব্বল হইয়া যায় যে সবল হইতে কয়েক মাস এমন কি কয়েক বর্ষ লাগিতে পারে। আরোগ্য হইলেও প্রসূতি বহুকাল পাংশুবর্ণ হইয়া থাকে।

নিবারণোপায়। প্রত্যেক স্থলেই যাহাতে রক্তস্রাব না হইতে পায় তাহার চেষ্টা করা উচিত। প্রত্যেক স্থলেই সন্তান ভূমিষ্ঠ হইবার পর যতক্ষণ না ফুল পড়ে ততক্ষণ পর্য্যন্ত উদরের উপর হস্ত রাখিয়া জরায়ুতে চাপ দিতে চিকিৎসক অভ্যস্ত থাকিলে প্রসবের পর রক্তস্রাব প্রায় ঘটিবে না। প্রসবের পর অন্ততঃ অর্দ্ধ ঘণ্টা পর্য্যন্ত যাহাতে জরায়ু কোন মতে শিথিল না হইতে পায় তজ্জন্য উহার উপর হস্তদ্বারা চাপ দিয়া রাখিবে। অর্দ্ধ ঘণ্টা অতীত না হইলে বাইণ্ডার্ বা উদরবন্ধনী লাগাইতে নাই। উদর বন্ধন করিলে সঙ্কুচিত জরায়ু এক ভাবে থাকে কিন্তু ইহা দ্বারা সঙ্কোচ উপস্থিত করে না সুতরাং যথায় সঙ্কোচ উপস্থিত করিতে হইবে তথায় বাইণ্ডার্ দ্বারা কোন ফল হয় না। শীঘ্র উদর বন্ধন করিয়া দিলে জরায়ু শিথিল হইয়া যাইতে পারে এবং তন্মধ্যে রক্তের চাঁই জমিতে পাবে। কিন্তু কর দ্বারা জরায়ুকে দৃঢ় ভাবে ধরিয়া রাখিলে চাঁই জমিতে পায় না। ডাং প্লেফেয়ার্ বলেন যে পরিস্রব নির্গত হইবার পরেই উদর বাঁধিয়া দেওয়ায় একাধিক স্থলে তিনি গুপ্তরক্তস্রাব হইতে দেখিয়াছেন। প্লাসেণ্টা নির্গত হইবার পর পূর্ণ মাত্রায় লিকুইড্ এক্‌ষ্ট্রাক্ট্ অফ আর্গট্ দেওয়া নিতান্ত আবশ্যক কেন না ঐ ঔষধিদ্বারা জরায়ুর স্থায়ী সঙ্কোচ হয় ও তন্মধ্যে রক্তের চাঁই জমিতে পারে না। এই সকল নিবারণোপায় সর্ব্বথা সর্ব্বস্থলে অবলম্বন করা আবশ্যক। কিন্তু ইতিবৃত্ত শুনিয়া অথবা অন্য কারণে যদি বুঝি যায় যে রক্তস্রাব হইবার সম্ভাবনা আছে তাহা হইলে বিশেষ সতর্ক থাকা আবশ্যক। এমন স্থলে সন্তান ভূমিষ্ঠ হইবার ১০।২০ মিনিট পরে আর্গট্ প্রয়োগ করা আবশ্যক। এস্থলে হাইপোডার্মিক্ পিচকারি দ্বারা আর্গটিন্ ত্বকের নিম্নে প্রয়োগ করিলে ভাল হয়। কিন্তু সন্তান ভূমিষ্ঠ হইবার ১০।২০ মিনিটের অধিক পূর্ব্বে দেওয়া উচিত নহে। তাহার পর জরায়ুর অবস্থা সম্বন্ধে বিশেষ মনোযোগ করা চাই। যাহাতে প্রবল ও সমভাবে জরায়ু সঙ্কোচ হয় তাহা করিতে হইবে। ভ্রূণঝিল্লী শীঘ্র ভেদ করা আবশ্যক। জরায়ুমুখ উন্মুক্ত হইলেই অথবা উন্মোচনশীল থাকিলেই জরায়ুর প্রবল সঙ্কোচের জন্য ভ্রূণঝিল্লীভেদ করিতে

হইবে। প্রসবের পর জরায়ুর শিথিল হইবার প্রবৃত্তি দেখিলে এক খণ্ড বরফ যোনি কি জরায়ুর মধ্যে প্রবিষ্ট করান কর্ত্তব্য। জরায়ু মধ্যে রক্তের চাঁই জমিয়াছে অনুমান করিলে ম্বাপ্ত্রাসে চাপদিয়া ঐ সকল চাঁই বাহির করিতে হইবে এবং মধ্যে মধ্যে গ্রীবাতে অঙ্গুলি দিয়া তথা হইতে চাঁই বাহির করিতে হইবে। প্রসবের পর যাহাতে প্রসূতির নাড়ী দমিয়া না যায় তদ্বিষয়ে বিশেষ যত্নশীল থাকিতে হইবে। প্রসবের ১০।১৫ মিনিটের পর যদি প্রসূতির নাড়ী সংখ্যা প্রতিমিনিটে ১০০ হয় তাহা হইলে রক্তস্রাব হইবার সম্ভাবনা। সুতরাং প্রসবের পর যতক্ষণ পর্য্যন্ত না প্রসূতির নাড়ী স্বাভাবিক হয় ততক্ষণ তাহাকে পরিত্যাগ করিয়া যাইতে নাই।

আরোগ্যোপায়। প্রসবের পর রক্তস্রাব বন্ধ করিবার জন্য দুইটি প্রাকৃতিক উপায় আছে সুতরাং ইহার চিকিৎসাও দুই শ্রেণীতে বিভক্ত করা যাইতে পারে। (১) যে সকল উপায় জরায়ুসঙ্কোচ উপস্থিত করিয়া কার্য্য করে। (২) যে সকল উপায় ছিন্ন নাড়ী মুখে সমবরোধন উৎপাদন করে। এই দুই উপায়ের মধ্যে প্রথমটিই সচরাচর ব্যবহৃত হয় এবং যথায় এই উপায় পুনঃ পুন অবলম্বন করিয়াও সফল না হওয়া যায় কেবল সেই সকল গুরুতর স্থানে দ্বিতীয় উপায় অবলম্বিত হয়।

জরায়ুর উপর চাপ দেওয়া। প্রসূতিকে চিৎ করিয়া শয়ন করাইলে জরায়ুর উপর চাপ দিবার সুবিধা হয় এবং প্রসূতির অবস্থার প্রতিও লক্ষ্য রাখা যায়। জরায়ু শিথিল ও রক্তের চাঁই দ্বারা পূর্ণ আছে বুঝিতে পারিলে উহাকে মুষ্টি মধ্যে দৃঢ়রূপে ধারণ করিলে সঙ্কোচ উপস্থিত হয়, রক্তের চাঁই বাহির হইয়া যায় এবং এবং রক্তস্রাব বন্ধ হয়। এই সুবিধাটি ঘটিলে জরায়ুকে ধীরে ধীরে মর্দ্দন করিয়া উহাকে সঙ্কুচিত অবস্থায় রাখিতে যত্নশীল থাকা উচিত এবং পুনর্ব্বার উহা শীঘ্র শিথিল হইবে না যতক্ষণ পর্য্যন্ত বুঝা না যায় ততক্ষণ ঐরূপ করা আবশ্যক। ঘর্ষণ দ্বারা জরায়ু যে উত্তমরূপে সঙ্কুচিত হয় তাহার আর সন্দেহ নাই এবং ইহার পরিবর্ত্তে অন্য কিছু তত উপযোগী নহে। ঘর্ষণ করিতে পরিশ্রম লাগে বটে তথাপি যতক্ষণ উচিত নহে কেননা অন্যায় রূপে বল প্রয়োগ করিলে আঘাত পাইবার সম্ভাবনা। অথবা বল প্রয়োগ না করিয়াও জরায়ুর উপর উপযুক্ত চাপ দেওয়া যাইতে পারে।

ফলকার্ক নগরের ডাং হ্যামিলটন্ জরায়ুতে চাপ দিবার জন্য একটি উপায় অনুমোদন করেন। তিনি বলেন যে সকল স্ত্রীলোকের ক্রমাগত রক্তস্রাব হইতেছে এবং বস্তিদেশ বেশ প্রশস্ত তাহাদেরই পক্ষে এই উপায়টি বিশেষ উপযোগী। উপায়টি এই,—দক্ষিণ হস্তের অঙ্গুলি ঊর্দ্ধে চালিত করিয়া যোনির পশ্চাৎ ক্যুল-ডি-স্যাকে অর্থাৎ থলিতে লইয়া যাইতে হয় এবং জরায়ুর পশ্চাৎদিক্ স্পর্শ করিতে হয়। সেই সময়ে বাম হস্ত দ্বারা উদরের উপর চাপ দিতে হয়। এরূপ করিলে জরায়ুর সম্মুখ ও পশ্চাৎ প্রাচীর একত্রিত হইয়া যায়।

যেসময়ে জরায়ুর উপর চাপ দেওয়া হয় তখন প্রসূতির শারীরিক অবস্থার প্রতি লক্ষ্য রাখা কর্তব্য। প্রসূতির শুশ্রূষার জন্য তাহার বন্ধুবর্গকে নিয়োজিত করিবার সময় চিকিৎসকের ব্যস্ত হওয়া উচিত নহে। পূর্ণমাত্রায় আর্গট্ প্রয়োগ করা আবশ্যক এবং আর্গট্ যদি একবার দেওয়া হইয়া থাকে তাহা হইলে পুনর্ব্বার দিতে হয়। এই সময়ে আর্গট্ অত্যন্ত উপকারী কিন্তু ইহার ফল দর্শিতে সময় লাগে বলিয়া গুরুতর স্থলে হাইপোডার্মিক্ পিচকারী দ্বারা ত্বকের নিম্নে আর্গটিন্ প্রয়োগ করিলে আশু ফল লাভ করা যায় সুতরাং আর্গট্ অপেক্ষা আর্গটিন্ অধিক কার্য্যকারী।

আর্গট প্রয়োগ।

আকস্মাৎ রক্তস্রাব হইয়া অবসাদ জন্য প্রসূতি সংজ্ঞাহীন হইতে পারে। তজ্জন্য উত্তেজক ঔষধি প্রয়োগ করা আবশ্যক। অবসাদের পরিমাণ ও নাড়ীর অবস্থানুসারে উত্তেজক ঔষধির পরিমাণ স্থির করিতে হয়। প্রসবের পর রক্তস্রাব বন্ধ করিবার জন্য কেবল ব্রাণ্ডি প্রভৃতি উত্তেজক ঔষধির উপর নির্ভর করা যুক্তিসঙ্গত নহে। রক্তস্রাব ভয়ানক হইলে আচোষণশক্তি বন্ধ থাকে সুতরাং যত কেন ব্রাণ্ডি দেওয়া যাক না উহার কিছুমাত্র অচোষিত না হইয়া সমস্তই উঠিয়া যায় ও প্রসূতি কিছুমাত্র সবল হয় না। ডাং গ্রেফেরার্ বলেন যে তিনি একাধিক স্থলে অধিক ব্রাণ্ডি ব্যবহার করায় যে সকল লক্ষণ দেখিয়াছেন, তাহা কখনই রক্তস্রাব জনিত হইতে পারে না। তিনি বলেন যে একজন চিকিৎসক একটি রোগীকে ট্রান্সফিউশন্ অর্থাৎ অন্য ব্যক্তির অঙ্গ হইতে রক্ত লইয়া প্রসূতির দেহেসঞ্চালিত করিবার জন্য তাঁহাকে ডাকেন। চিকিৎসক বলেন যে অত্যধিক রক্তস্রাব জন্য

উত্তেজক ঔষধি।

প্রসূতি বস্তুতই সংজ্ঞাহীন অবস্থায় আছে কিন্তু তাহার মুখ আরক্তিম, নাড়ী দ্রুতগামী ও জরায়ু দৃঢ় সঙ্কুচিত এবং ঘন ঘন দীর্ঘ শ্বাস হইতেছে। অনুসন্ধান করিয়া জানিলেন যে প্রসূতিকে অধিক ব্রাণ্ডি পান করান হইয়াছে। সুতরাং ডাং প্লেফেয়ার বুঝিলেন যে প্রসূতির অত্যন্ত নেশা হইয়াছে বলিয়া সে অজ্ঞান হইয়া গিয়াছে। রক্তস্রাব তত অধিক হয় নাই।

হাইপোডার্মিক পিচকারি দ্বারা ত্বকের নিম্নে ঈথার প্রয়োগ।

অবসাদ অত্যন্ত অধিক হইলে ত্বকের নিম্নে সালফিউরিক্ ঈথার প্রয়োগ করাতে অত্যন্ত ফল দর্শে। এরূপে প্রয়োগ করিবার সুবিধা এই যে অতি শীঘ্র ফল পাওয়া যায় এবং প্রসূতি গিলিতে অক্ষম হইলে ইহা প্রয়োগ করা যাইতে পারে। উরুতে এক ড্রাম্ সাল্‌ফিউরিক্ ঈথার্ হাইপোডার্মিক্ পিচকারী দ্বারা প্রবেশ করান কর্ত্তব্য এবং আবশ্যকমতে ইহা পুনঃ প্রয়োগ করিবার বাধা নাই।

বিশুদ্ধ বায়ু।

জানেলা উত্তমরূপ খুলিয়া দেওয়া উচিত। তাহা হইলে বিশুদ্ধ শীতল বায়ু গৃহের ভিতর যাতায়াত করিতে পারে। মস্তকে বালিস না দিয়া উহা নিচু রাখা আবশ্যক। এবং প্রসূতিকে ব্যজন করা আবশ্যক।

জরায়ু শূন্য করা।

যদি রক্তস্রাব বন্ধ না হয় কি ফুল পড়িবার পূর্ব্বে রক্তস্রাব হইতে থাকে তবে জরায়ু মধ্যে কেবল কর প্রবেশ করাইলেই জরায়ু দৃঢ়রূপে সঙ্কুচিত হয়। ফুল যতক্ষণ না পড়ে ততক্ষণ কোন মতেই রক্তস্রাব বন্ধ করা যায় না সুতরাং ফুল না পড়িলে যাহাতে জরায়ু সঙ্কোচ ভাল রূপ হয় তাহা করিতে হয়। কর প্রবেশ করাইবার সময় বাহিরে বাম হস্তদ্বারা জরায়ুকে ধারণ করা আবশ্যক তাহার পর উভয় হস্তদ্বারা কার্য্য করিলে আঘাত লাগিবার অল্প সম্ভাবনা।

বালি ঘড়ির ন্যায় সঙ্কোচের চিকিৎসা।

জরায়ু বালি ঘড়ির ন্যায় সঙ্কুচিত হইলে অথবা পরিস্রবের অস্বাভাবিক সংযোগ থাকিলে চিকিৎসা করা কঠিন এবং যত্নসাধ্য। জরায়ুর অন্তর্মুখের আক্ষেপিক সঙ্কোচ থাকিলে সঙ্কুচিত স্থলে ধীরে ধীরে অঙ্গুলিদ্বারা অবিরাম চাপদিতে হয় এবং অপর হস্তদ্বারা বাহির হইতে জরায়ুকে ধারণ করিতে হয়। এই উপায় দ্বারা অধিকাংশ স্থলে রক্তস্রাব বন্ধ করা যায়। তাহার পর আক্ষেপ দূর হইলে কর প্রবেশ করাইয়া সম্পূর্ণ প্রতিকার করা যাইতে পারে।

জরায়ু মধ্যে কর প্রবেশ করাইবার পূর্ব্বে প্লাসেণ্টার অস্বাভাবিক সংযোগের লক্ষণ কিছুই জানা যায় না। বার্ণিজ্ সাহেব নিম্নলিখিত লক্ষণ গুলি লিপিবদ্ধ করিয়াছেন কিন্তু পরিস্রবের অস্বাভাবিক সংযোগ না থাকিয়াও যদি উহা বিযুক্ত না হয় তবে এই সকল লক্ষণের কোনটি বর্ত্তমান থাকিতে পারে। বার্ণিজ্ সাহেব বলেন যে পূর্ব্ব প্রসবে ফুল বিযুক্ত করা যদি কষ্টসাধ্য হইয়া থাকে তাহা হইলে বর্ত্তমান প্রসবে উহার অস্বাভাবিক সংযোগ থাকা সম্ভব। প্রসবের তৃতীয়াবস্থায় জরায়ুর দৃঢ় সবিরাম সঙ্কোচ হইলে এবং প্রত্যেক সঙ্কোচে রক্তপাত হইলেও যদি পরিস্রব জরায়ু হইতে বিযুক্ত না হয় তবে উহার যে স্থান হইতে নাভীরজ্জু উত্থিত হইয়াছে তথায় দুইটি অঙ্গুলি রাখিয়া নাভীরজ্জু ধরিয়া টান দিয়া যদি বুঝা যায় যে জরায়ুর সহিত প্লাসেণ্টা নামিয়া আসিতেছে এবং প্রসববেদনা কালে জরায়ু গোল না হইয়া ফুলের সংযোগ স্থলে অধিক উচ্চ আছে তাহা হইলে পরিস্রবের অস্বাভাবিক সংযোগ বুঝিতে হইবে।

পরিস্রবের অস্বাভাবিক সংযোগের লক্ষণ।

পরিস্রবের অত্যধিক সংযোগ থাকিলে কৃত্রিম উপায় দ্বারা উহাকে বিযুক্ত করা বড় কঠিন কারণ অতি সাবধানে সম্পাদিত হইলেও এই প্রক্রিয়াতে জরায়ুর উপাদানে আঘাত লাগিবার সম্ভাবনা এবং প্লাসেণ্টার কিয়দংশ জরায়ু মধ্যে থাকিয়া গিয়া গৌণ রক্তস্রাব হইবার অথবা সেপ্টিসীমিয়া রোগ হইবার আশঙ্কা থাকে। নাভীরজ্জুর গতি অনুসারে কর চালিত করিলে পরিস্রবের সংযোগ স্থল অনায়াসে পাওয়া যায় তাহার পর পরিস্রবের নিম্ন সীমা ও জরায়ু প্রাচীরের মধ্য দিয়া ধীরে ধীরে অঙ্গুলি প্রবিষ্ট করাইতে হয়। প্লাসেণ্টার কিয়দংশ বিযুক্ত হইয়াছে বুঝিতে পারিলে তথা হইতে অবশিষ্ট অংশ ছিন্ন করিয়া ফেলিতে হয়। উদরের উপর হাত রাখিয়া জরায়ুকে ধারণ করিয়া যতদূর সম্ভব জরায়ুর অভ্যন্তর হইতে সাবধানে প্লাসেণ্টা বিযুক্ত করাই আবশ্যক। বিশেষ দক্ষতা না থাকিলে প্লাসেণ্টা ও জরায়ুর অভ্যন্তর প্রভেদ করা কঠিন। প্লাসেণ্টা সম্পূর্ণরূপে বিযুক্ত করা দুঃসাধ্য সুতরাং উহাকে সম্পূর্ণরূপে বিযুক্ত করিবার জন্য চেষ্টা না করিয়া যতদূর সহজে বিযুক্ত হয় ততদূর করাই কর্ত্তব্য। সমগ্র প্লাসেণ্টা অথবা উহার

ইহার চিকিৎসা।

অধিকাংশ বিযুক্ত ও নির্গত করা অসম্ভব হইলে অত্যন্ত ভয়ের কারণ হইয়া উঠে। জরায়ুর অভ্যন্তরে যে অংশ থাকিয়া যায় তাহা অনতিবিলম্বে আপনা হইতেই নির্গত হইতে পারে অথবা পচিয়া গিয়া রক্তকে বিষাক্ত করিতে পারে। রক্ত বিষাক্ত হইলে জরায়ু মধ্যে পচন নিবারক ঔষধের পিচকারি দিলে আচোষণক্রিয়া কিয়ৎপরিমাণে বন্ধ করা যায় কিন্তু যতক্ষণ পর্য্যন্ত সমস্ত অংশ নির্গত হইয়া না যায় এবং দুর্গন্ধযুক্ত স্রাব বন্ধ না হয় ততক্ষণ প্রসূতির সমূহ বিপদাশঙ্কা থাকে। অতি অল্প সংখ্যক স্থলে এরূপ শুনা গিয়াছে যে জরায়ু মধ্য হইতে প্লাসেণ্টার অধিকাংশ আচোষিত হইয়া গিয়াছে। এই আশ্চর্য্য ঘটনা কিরূপে হইল তাহা বুঝা যায় না বটে তথাপি যেরূপ বিশ্বস্ত সূত্র হইতে শুনা যায় তাহা অবিশ্বাস করিবার কোন কারণ নাই।

শৈত্য প্রয়োগ দ্বারা জরায়ুর সঙ্কোচ।

যে সকল প্রসূতি নিতান্ত অবসন্ন নহে তাহাদিগের উদরের উপরে শৈত্য প্রয়োগ করিলে জরায়ুসঙ্কোচ উপস্থিত হয়। কিন্তু ফল প্রত্যাশা করিতে গেলে শৈত্য প্রয়োগ অবিরাম না করিয়া সবিরাম করাই কর্ত্তব্য। কেহ কেহ উচ্চ হইতে প্রসূতির উদরের উপর শীতল জল সেচন করিতে পরামর্শ দেন কিন্তু ইহাতে শয্যা প্রভৃতি ভিজিয়া যাওয়ায় প্রসূতির অনিষ্ট ঘটিতে পারে। আবার কেহ কেহ প্রসূতির উদরের নিম্ন ভাগে ভিজা গামছার দ্বারা ধীরে ধীরে আঘাত করিতে বলেন। বরফ পাওয়া গেলে তাহা হইতে এক খণ্ড লইয়া জরায়ু মধ্যে প্রবিষ্ট করাইলে অত্যন্ত উপকার হয়। রক্ত বন্ধ করিবার প্রধান উপায় বরফ এবং ইহা দ্বারা প্রবল জরায়ুসঙ্কোচও উপস্থিত হয়। ডাং প্লেফেয়ার সর্ব্বদা বরফ ব্যবহার করিয়া থাকেন এবং ইহাতে কুত্রাপি অশুভফল পান নাই। এক খণ্ড বরফ লইয়া প্রসূতির উদরের উপর কিয়ৎকালের জন্য রাখিলে এবং পুনর্ব্বার উঠাইয়া আবার রাখিলে উপকার দর্শে। সরলান্ত্রে অত্যন্ত শীতল জলের পিচকারি দিলে উপকার হয়। হিগিন্‌সনের পিচকারীতে একটি যোনিনল লাগাইয়া জরায়ুর মধ্যে প্রবিষ্ট করাইয়া শীতল জল দ্বারা জরায়ু ধৌত করিলে অত্যন্ত উপকার হয়। অনেকে বলেন যে স্প্রে যন্ত্রদ্বারা তলপেটে ঈথার প্রয়োগ করিলে উপকার হয়। প্রসূতির অবস্থা যদি উত্তেজনক্ষম থাকে তবেই এই সমস্ত ঔষধের দ্বারা উপকার হয় নচেৎ এই সকল

ঔষধে সঙ্কোচ উপস্থিত না করিলে ব্যবহার করায় অনিষ্ট আছে। রিগ্‌বী-সাহেব বলেন যে সন্তানকে স্তনপান করাইলে জরায়ু সঙ্কোচ উপস্থিত হয়। রক্তস্রাব বন্ধ হইলে জরায়ু সঙ্কোচ বজায় রাখিবার জন্য সন্তানকে স্তন পান করান উচিত। কিন্তু রক্তস্রাব হইবার সময় অন্য উপায় অবলম্বন না করিয়া কেবল সন্তানকে স্তনপান করাইলে কোন উপকার হয় না।

জরায়ু মধ্যে গরম জলের পিচকারী।

প্রসবের পর রক্তস্রাব বন্ধ করিবার জন্য জরায়ু মধ্যে ১০০। ১২০ ডিগ্রী উত্তাপ বিশিষ্ট গরম জলের পিচকারী দিতে আজ কাল অনেকে পরামর্শ দেন। অন্য উপায়ে কৃতকার্য্য না হইলে এই উপায় দ্বারা রক্তস্রাব বন্ধ করিতে পারা যায়। এই উপায়ে আরোগ্য সংখ্যা অধিক হইয়া থাকে এরূপ তালিকা দেখা যায়। রোটাণ্ডাস্থ সূতিকা-গারের বর্তমান অধ্যক্ষ ডাং লুম্ব্ এটহিল্ ১৬টি ঘটনার কথা উল্লেখ করিয়াছেন যথায় আর্গট বরফ প্রভৃতি উপায়ে রক্তস্রাব বন্ধ না হওয়ায় গরম জলের পিচকারী দ্বারা উহা একেবারে বন্ধ হইয়া গিয়াছে। উক্ত ডাক্তার বলেন যে যথায় জরায়ু একেবারে সঙ্কুচিত হইয়া আবার শিথিল হইয়া যায় এবং স্থায়ী সঙ্কোচ কোনমতেই উপস্থিত করা যায় না তথায় গরম জলের পিচ-কারী অত্যন্ত উপকারী। ডাং প্লেফেয়ারও এই উপায়ে সর্ব্বত্র কৃতকার্য্য হইয়াছেন। তিনি বলেন যে ইহা দ্বারা জরায়ুর দৃঢ় সঙ্কোচ হইয়া রক্ত-স্রাব একেবারে বন্ধ হইয়া যায়। শীতল জল অপেক্ষা গরম জলে প্রসূতি অধিক আরাম পায়। রক্তস্রাব বন্ধ করিবার জন্য গরম জলের পিচকারী মহোপকারী

মূত্রাশয়ের অবস্থা।

ডাং আরেল্ বলেন যে মূত্রাশয় স্ফীত থাকিলে জরায়ু সঙ্কোচ হয় না তজ্জন্য ক্যাথিটার প্রয়োগ আবশ্যক।

গুঁজি দ্বারা যোনি প্রণালী রোধ।

গুঁজিদ্বারা যোনিপ্রণালী রোধ করিতে সচরাচর দেখা যায়। প্রসবের পর রক্তস্রাব বন্ধ করিবার জন্য এই উপায়টি কোনমতেই অবলম্বন করা উচিত নহে। কারণ ইহাতে রক্ত বাহিরে নির্গত হইতে পায় না বটে কিন্তু অভ্যন্তরে জমিয়া থাকে।

উদরস্থ এওর্টা ধমনীর

বিলাত ভিন্ন ইউরোপীয় অন্যান্য দেশে উদরস্থ এওর্টা ধমনীর উপর চাপ প্রয়োগ বিধি প্রচলিত আছে। কেহ কেহ বলেন

উপর চাপ। যে শিরা হইতেই রক্তস্রাব হইয়া থাকে সুতরাং ধমনীর উপর চাপ দিলে উপকার না হইয়া অপকার করে। কেননা ইহাদ্বারা ভিনা কাভা শিরাতে অধিক রক্ত জমে। ডাং কাজোঁ বলেন যে এওর্টা ধমনীর নিম্নে ভিনাকাভা শিরা থাকায় একের উপর চাপ দিলে অপরের উপরে পড়ে সুতরাং ভিনাকাভা শিরার মধ্যেও রক্ত চলন বন্ধ হয়। এওর্টা ধমনীর উপর চাপ দিলে যে মধ্যে মধ্যে অত্যন্ত উপকার হয় তাহাতে সন্দেহ নাই। ইহার সুবিধা এই যে মুহূর্ত্ত মধ্যে কোন সহকারী ব্যক্তি দ্বারা ইহা অনুষ্ঠিত হইতে পারে। অকস্মাৎ অধিক পরিমাণে রক্তস্রাব হইলে ইহাদ্বারা অত্যন্ত উপকার হইবার সম্ভাবনা। অল্পক্ষণের জন্যও রক্ত বন্ধ করিতে পারিলে অন্য উপায় অবলম্বন করিবার অবসর পাওয়া যায়। ক্ষণকালের জন্য উপকার করিতে হইলে এই প্রথা অবলম্বন করা উচিত। ইহার আর এক সুবিধা এই যে ইহা অনুষ্ঠান করিলেও অন্য উপায় অবলম্বন করিবার কোন বাধা নাই। উদর পেশী সকল শিথিল থাকে বলিয়া চাপ দিবার সুবিধা হয়। জরায়ুর ফাণ্ডাসের নিকট এওর্টা ধমনীর স্পন্দন অনুভব করা যায় এবং তথায় তিন চারিটি অঙ্গুলি লম্বাভাবে রাখিয়া ধমনীর উপর চাপ দিতে হয়। বডিংক্ সাহেব এই প্রথার বিশেষ পক্ষপাতী এবং তিনি বলেন যে অনেক স্থলে কোন প্রকারে রক্তস্রাব বন্ধ করিতে না পারিয়াও অবশেষে ইহাতে কৃতকার্য্য হইয়াছেন। এস্থলে তিনি ক্রমাগত ৪ ঘণ্টা কাল ধমনীর উপর চাপ দিয়াছিলেন। ডাং কাজোঁ বলেন যে এওর্টা ধমনীর উপর চাপ দিলে দেহের উর্দ্ধভাগ হইতে রক্তক্ষয় হইতে পারে না। এনিউরিজ্‌ম্ বা ধমন্যর্ব্বুদ রোগে যে প্রকারে টুর্ণিকে যন্ত্র ব্যবহৃত হয় এওর্টার উপর চাপ দিবার জন্য সেই প্রকার টুর্ণিকে যন্ত্র পাইলে ভাল হয়।

ফ্যারাডের তাড়িৎ যন্ত্র। ব্যাটারি যন্ত্র পাওয়া গেলে ফ্যারাডের তাড়িৎ প্রবাহ প্রয়োগ করিলে অত্যন্ত উপকার হওয়া সম্ভব। অনেকে বলেন যে ইহা দ্বারা জরায়ুসঙ্কোচ প্রবল হয়। ব্যাটারি যন্ত্রের একটি পোল্ জরায়ু মধ্যে ও অপর পোল্ উদরোপরি দিতে হয়।

রক্তস্রাব অধিক হইলে এবং প্রসূতি অবসন্ন হইয়া পড়িলে এস্মার্চের হস্ত পদাদি বন্ধন। রবার্ নির্ম্মিত বন্ধনীদ্বারা প্রসূতির হস্ত পদাদি দৃঢ়

রূপে বন্ধন করিতে পারিলে তাহার সংজ্ঞালোপ হয় না। অত্যন্ত গুরুতর স্থলে ইহাদ্বারা মধ্যে মধ্যে উপকার হইতে দেখা গিয়াছে।

এই সমস্ত উপায়েও সঙ্কোচ উপস্থিত করিতে না পারিলে অবশেষে ক্ষত স্থানে প্রবল সঙ্কোচক ঔষধি প্রয়োগ দ্বারা ছিন্ন নাড়ী মুখে সমবোরোধ উৎপাদন করা ভিন্ন অন্য উপায় নাই।

সঙ্কোচক ঔষধির পিচকারী।

ডাং কার্ণ্ডশন্ বলেন যেস্থলে ভয়ানক রক্তস্রাব হইয়া জরায়ু পাতলা বস্ত্রের ন্যায় পড়িয়া থাকে তথায় উক্ত উপায় দ্বারাই জীবন রক্ষা হয়। জরায়ু বহুক্ষণ অবধি সঙ্কুচিত হইতে না পারিলে রক্তস্রাব অত্যন্ত অধিক হইয়া প্রাণনাশ হইবার বিলক্ষণ সম্ভাবনা তবে ছিন্ন নাড়ীমুখ জমাট রক্ত দ্বারা বন্ধ করিতে পারিলে জীবনের আশা থাকে। জমাট রক্ত দ্বারা নাড়ীমুখ বন্ধ করিয়া রক্তস্রাব বন্ধ করা অসম্ভব মনে হইতে পারে বটে কিন্তু যাঁহারা এই সকল স্থলে একবার পারক্লোরাইড্ অফ্ আয়রণের পিচকারী ব্যবহার করিয়াছেন, এই ঔষধিটি কতদূর উপকারী কেবল তাঁহারাই বলিতে পারেন। ধাত্রীচিকিৎসায় এই ঔষধটি আজকাল ব্যবহৃত হওয়ায় অত্যন্ত উপকার হইয়াছে। যদিও জার্ম্মানি দেশে ইহা বহুকালাবধি প্রচলিত আছে তথাপি বিলাতে কেবল ডাং বার্ণিজ্ সাহেবেরই পারামর্শে প্রচলিত হয়। অনেকে বলেন যে অনেক সময়ে ইহা দ্বারা বিপদ ঘটিয়াছে কিন্তু ডাং প্লেফেয়ার্ সাহেবের মতে কেবল একটিমাত্র স্থলে ইহাদ্বারা বিপদ ঘটিবার কথা শুনা গিয়াছে।

যাঁহারা একবার ইহা ব্যবহার করিয়াছেন তাঁহারা সকলেই একবাক্যে স্বীকার করেন যে গুরুতর স্থলে রক্তস্রাব বন্ধ করিবার জন্য ইহার মত ঔষধ আর নাই। সাধারণ উপায়ে রক্তস্রাব বন্ধ করিতে না পারিলে অবশেষে এই উপায় অবলম্বিত হয় সেই জন্য প্রসূতির নিতান্ত বিপদাশঙ্কা না থাকিলে ইহা ব্যবহার করা যায় না। সুতরাং ইহার ব্যবহার সম্বন্ধে আপত্তি উত্থাপিত করা অন্যায়। কোন গুরুতর ও আসন্ন বিপদ হইতে অব্যাহতি পাইবার জন্য, যৎসামান্য বিপদজনক চিকিৎসা পদ্ধতি অবলম্বন করিতে কোন দোষ নাই। অতএব যখন সাধারণ উপায়ে কৃতকার্য্য হওয়া না যায় তখন উহা অবলম্বন করিতে কিছুমাত্র দ্বিধা করা উচিত নহে। ধাত্রীচিকিৎসা করিতে গেলে চিকিৎসকের সঙ্গে উপযোগী সঙ্কোচক ঔষধি রাখা কর্ত্তব্য। সঙ্কোচক

ঔষধের মধ্যে লণ্ডন ফার্ম্মাকোপিয়ার লাইকর্ ফেরাই পার্‌ক্লোরিডাই ফর্ট সর্ব্বাপেক্ষা উত্তম। এই ঔষধিটি ছয়গুণ জলের সহিত মিশ্রিত করিয়া একটী হিগিন্‌সনের স্ত্রীপিচকারীদ্বারা জরায়ুর কাওাসে ধীরে ধীরে প্রয়োগ করিবামাত্র জরায়ুর শিথিল শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী সঙ্কুচিত হয় এবং উক্ত ঔষধি যে পরিমাণে রক্তের সহিত মিশ্রিত হয় সেই পরিমাণে রক্ত জমাট বাঁধিয়া যায় এবং রক্তস্রাবও বন্ধ হয়। কিন্তু প্রয়োগ করিবার পূর্ব্বে যোনি ও জরায়ু হইতে রক্তের চাঁই বাহির করা কর্ত্তব্য। রক্তের চাঁই বাহির না করিয়া পিচকারী দেওয়ার ডাং প্লেফেয়ার্ সাহেব এক স্থলে অশুভ লক্ষণ দেখিয়া ছিলেন। সেই স্থলে রক্তের চাঁই সকল লৌহ সংযুক্ত হইয়া কঠিন হইয়া গিয়াছিল। এই ঔষধি ব্যবহার করিবার পর জরায়ুর উপর চাপ দিবার আবশ্যক নাই কারণ ইহাদ্বারা ছিন্ন নাড়ীমুখ সকল সমবরুদ্ধ হয়; কিন্তু চাপদিলে পুনর্ব্বার নাড়ীমুখ খুলিয়া গিয়া রক্তস্রাব হইতে পারে।

অন্যান্য সঙ্কোচক ঔষধিদ্বারাও উপকার হয়। টিং ম্যাটিকো সময়ে সময়ে কাজে লাগে। ডুপিয়েরিস্ সাহেব ২৪ টি স্থলে টিং আইওডিন্‌দ্বারা অত্যন্ত উপকার পাইয়াছেন। পেন্‌রোজ্ সাহেব বলেন যে সামান্য ভিনিগার্ অর্থাৎ সির্কা দ্বারাও উপকার হয়। কিন্তু ইহার কোনটিই পার্‌ক্লোরাইড্ অফ্ আয়রনের তুল্য নহে।

মাতৃ উপাদান ছিন্ন হইয়া রক্তস্রাব।

জরায়ুগ্রীবা অথবা মাতার অন্য কোন অঙ্গ ছিন্ন হইয়া রক্তস্রাব হইতে পারে। ডান্‌কান্ সাহেব বলেন যে একস্থলে প্রসূতির পেরিনীয়াম্ ছিন্ন হইয়া রক্তস্রাব হইয়াছিল। জরায়ু উত্তম রূপে সঙ্কুচিত হইলেও যদি রক্তস্রাব হয় তবে প্রসূতির কোমলাংশে কোন আঘাত আছে কিনা দেখা কর্ত্তব্য। অনেক স্থলে জরায়ুগ্রীবা ছিন্ন হইয়া রক্তস্রাব হইতে দেখা যায়। এরূপ হইলে একখণ্ড স্পঞ্জ্ পার্ক্লোরাইড্ অফ্ আয়রনে ভিজাইয়া ক্ষত স্থান মুছিয়া লইলে রক্ত বন্ধ হয়।

গৌণ চিকিৎসা।

প্রসবের পর রক্তস্রাবের গৌণ চিকিৎসা কিপ্রকার তাহা অবগত থাকা আবশ্যক। প্রতিক্রিয়া আরম্ভ হইলে প্রসূতির শিরঃপীড়া, আলোক ও শব্দের অসহিষ্ণুতা এবং স্নায়বিক অবসাদ উপস্থিত হয়। এই সকল লক্ষণ দূর হইলে দৌর্ব্বল্য প্রভৃতি রক্তস্রাবের গৌণ লক্ষণ উপস্থিত

থাকে। এই সকল লক্ষণ প্রতিকারের জন্য অহিফেন অত্যন্ত উপকারী অধিক মাত্রায় ব্যাট্লির আরক (৩০। ৪০ বিন্দু) সেবন করাইতে হয় অথবা পিচকারী দ্বারা প্রয়োগ করিতে হয়। প্রসূতিকে অন্ধকার ও নিস্তব্ধ গৃহে শয়ন করাইয়া রাখা, এবং বন্ধু বান্ধবকে নিকটে যাইতে নিষেধ করা আবশ্যক। গাঢ় বিফ্-এসেনস্ অথবা গ্রেভি, স্যুপ্, দুগ্ধ, ডিম্বের সহিত দুগ্ধ প্রভৃতি সুপাচ্য পুষ্টিকর পথ্য ব্যবস্থা করা উচিত। পথ্য অল্পমাত্রায় ঘন ঘন দিতে হয়; প্রসূতির অবস্থানুসারে উত্তেজক ঔষধি যথা জল মিশ্রিত ব্রাণ্ডি, পোর্ট প্রভৃতি ব্যবস্থা করিতে হয়। শয্যায় স্থিরভাবে শয়ন করাইয়া অনেক দিন পর্য্যন্ত রাখা উচিত। অবশেষে রক্তোৎপাদক লৌহ ঘটিত ঔষধি ব্যবহার করিতে বলা অত্যন্ত উচিত।

ট্রান্স্ফিউশন্ বা রক্তচালন। এই খণ্ডের শেষ ভাগে ট্রান্স্ফিউশন্ বা রক্তচালন অধ্যায়ে রক্তস্রাব চিকিৎসার শেষ উপায় বর্ণিত হইয়াছে। যথায় রক্তস্রাব এত ভয়ানক হয় যে প্রসূতির কোন আশা থাকে না তথায় এই উপায় অবলম্বন করা উচিত।

প্রসবের পর বিলম্ব রক্তস্রাব। অধিকাংশ স্থলে প্রসবের পর দুই চারি ঘণ্টা পর্য্যন্ত রক্তস্রাব না হইলে প্রসূতিকে নিরাপদ বিবেচনা করা যায়। কিন্তু দুই একটি স্থলে কয়েক দিন এমন কি কয়েক সপ্তাহ পরেও রক্তস্রাব হইতে দেখা গিয়াছে। এই সকল ঘটনাকে গৌণ রক্তস্রাব বলা হয় এবং এসম্বন্ধে ধাত্রীবিদ্যাবিৎ পণ্ডিতগণ বিশেষ মনোযোগ দেন নাই। কিন্তু এই প্রকার রক্তস্রাব বশতঃ অনেকে মারা পড়িয়াছে। ইহার কারণ অনেকে উত্তমরূপে জানেন না। ডাবলিন নগরে ডাং ম্যাক্লিণ্টক্ অনেক পরিশ্রম করিয়া ইহার কারণ নির্দ্দেশ করিয়াছেন।

প্রচুর লোকিয়াস্রাব। গৌণ রক্তস্রাবে ও প্রচুর লোকিয়াস্রাব উভয়ের মধ্যে প্রভেদ করা আবশ্যক। এই শেষ ঘটনাটি প্রায় ঘটিতে দেখা যায়। প্রসবের পর শারীরিক দৌর্ব্বল্য থাকিলে অথবা সত্বর শারীরিক শ্রম করিলে জরায়ু স্বাভাবিক অবস্থায় যথাসময়ে আসিতে পারে না বলিয়া লোকিয়াস্রাব অধিক দীর্ঘস্থায়ী হয়। লোকিয়ার পরিমাণ বিভিন্ন প্রকার হইতে দেখা যায়। কোন কোন স্ত্রীলোকের এক মাস বা ততোধিক কাল পর্য্যন্ত স্রাব থাকে।

কিন্তু তাহা বলিয়া ইহাকে রক্তস্রাব বলা যাইতে পারে না। এই সকল স্থলে প্রসূতিকে দাঁড়াইতে না দিয়া শয়ন করাইয়া রাখিলে এবং মধ্যে মধ্যে আর্গট্ প্রয়োগ করিলে উপকার হয়। কয়েক সপ্তাহ পর ওকবার্ক অথবা ফট্‌কিরির পিচকারী দিলে আরোগ্য হইয়া যায়।

প্রকৃত গৌণ রক্তস্রাব অকস্মাৎ ঘটে এবং পরিণামে অশুভ ফল হয়। ম্যাক্লিণ্টক্ সাহেব ছয়টি প্রসূতিকে মারা পড়িতে দেখিয়াছেন। বার্মিঙ্গাম্ নগরের মিং ব্যাসেট্ ১৩টি ঘটনার কথা উল্লেখ করিয়াছেন তন্মধ্যে দুইটির মৃত্যু হয়।

ইহার কারণ দৈহিক কিম্বা স্থানিক।

ইহার কারণ দুই প্রকার হইতে পারে (১ম) দৈহিক। (২য়) স্থানিক।

দৈহিক কারণ দুই প্রকার (১)—যদ্দ্বারা দৈহিক রক্তসঞ্চলনের বিঘ্ন ঘটে।

দৈহিক কারণ।

(২) যদ্দ্বারা জরায়ুর রক্ত সঞ্চলনের বিঘ্ন ঘটে। জরায়ুর খাত হইতে ধমনী সমবরোধন দ্বারা যে প্রকারে রক্ত বন্ধ হয় তাহা জানা থাকিলে জরায়ু মধ্যে অকস্মাৎ রক্তসঞ্চিত হইলে কেন রক্তস্রাব হয় তাহা বুঝা উচিত।

মনস্তাপ, শয্যা হইতে অকস্মাৎ উত্থান, শারীরিক শ্রম, অথবা উত্তেজক ঔষধি প্রয়োগ, কোষ্ঠ বদ্ধ, অথবা প্রসবের কিয়ৎকালের মধ্যেই পুরুষসঙ্গম প্রভৃতি কারণ হইতে গৌণ রক্তস্রাব হইতে পারে। ডাং ম্যাক্লিণ্টক্ একটি ঘটনার কথা বলেন যে প্রসবের ১২ দিন পরে কোন স্ত্রীলোক প্রথমবার শয্যাত্যাগ করাতে তাহার অত্যন্ত রক্তস্রাব হইয়াছিল। সেই স্ত্রীলোকটি সন্তানকে স্তনপান করাইয়া অত্যন্ত দুর্ব্বল বোধ করাতে ধাত্রী তাহাকে অল্প ব্রাণ্ডি পান করিতে দেয়। কিয়ৎ কাল মধ্যেই অকস্মাৎ এরূপ রক্তস্রাব হয় যে শয্যার বস্ত্রাদি ভিজিয়া রক্ত মাটিতে পড়ে। এস্থলে শয্যাত্যাগ, সন্তানকে স্তনপান করাইবার যন্ত্রণা এবং উত্তেজক ঔষধি সেবন এই তিন কারণে রক্তস্রাব হইয়াছিল। আর এক স্থলে প্রসবের আট দিন পরে কোন স্ত্রীলোকের প্রণয়পাত্র আসাতে তাহাকে দেখিয়া অত্যন্ত রক্তস্রাব হইয়াছিল। মরিও সাহেব বলেন যে কোষ্ঠ মলপূর্ণ থাকিলে রক্তস্রাব ঘটিতে পারে।

ধাতুদৌর্ব্বল্য ও রক্তাল্পতা জন্যও রক্তস্রাব হইতে পারে। ব্রট্ সাহেব বলেন এল্‌বিউমিনিউরিয়া রোগ থাকিলে রক্তস্রাব হইতে পারে। সাবোইয়া সাহেব বলেন যে ব্রেজিল নগরে ম্যালেরিয়া বিষজন্য গৌণ রক্তস্রাব ঘটে এবং স্থান পরিবর্ত্তন ও কুইনীন্ সেবন ভিন্ন আরোগ্য হয় না। নিম্নলিখিত

স্থানিক কারণ। স্থানিক কারণে সচরাচর গৌণ রক্তস্রাব ঘটে।

১। জরায়ুর অসম ও অনুপযোগী সঙ্কোচ।

২। জরায়ু মধ্যে রক্তের চাঁই।

৩। পরিস্রব অথবা ভ্রূণঝিল্লীর কিয়দংশ জরায়ু মধ্যে থাকিয়া গেলে।

৪। জরায়ুর পশ্চাৎ নমন।

৫। জরায়ুগ্রীবার আঘাত অথবা প্রদাহ।

৬। জরায়ুগ্রীবার অথবা ভগের সমবরোধন।

৭। জরায়ু বিপর্য্যয়।

৮। জরায়ুর সৌত্রিক অর্ব্বুদ বা বহুপাদ (পলিপাস্)। প্রথম চারিটির বিবর বলা যাইতেছে অপর কয়েকটি অন্যত্র বর্ণিত হইয়াছে।

জরায়ুর শৈথিল্য এবং তন্মধ্যে রক্তের চাঁই। জরায়ু শিথিল ও রক্তের চাঁইয়ের দ্বারা স্ফীত হইলে রক্তস্রাব হইতে পারে। কিন্তু এই কারণ হইতে অধিক বিলম্বে রক্তস্রাব হইতে দেখা যায় না। প্রসবের পর অনেক দিন পর্য্যন্ত জরায়ু মধ্যে রক্তের চাঁই থাকিতে পারে। স্পর্শ করিলে জরায়ু বড় বলিয়া বোধ হয়। চাপিলে প্রসূতি বেদনা অনুভব করে। সচরাচর "হেঁতাল ব্যথা" হইয়া রক্তের চাঁই বাহির হইয়া যায়। কোন কোন স্থলে বাহির না হইয়া প্রসবের অনেক দিন পর রক্তস্রাব হইতে দেখা গিয়াছে। কখন কখন জরায়ু শিথিল থাকিলেও রক্তের চাঁই থাকে না। ব্যাসেট্ ও ম্যাক্‌লিণ্টক সাহেবেরা এইরূপ অনেকগুলি ঘটনার উল্লেখ করিয়াছেন।

পরিস্রবের অথবা ভ্রূণঝিল্লীর কিয়দংশ থাকিয়া যাওয়া। প্লাসেণ্টার অথবা ভ্রূণঝিল্লীর কিয়দংশ থাকিয়া গেলে সচরাচর রক্তস্রাব হয়। ধাত্রীচিকিৎসক অসাবধান থাকিলে এইটি ঘটে। পরিস্রব টানিয়া বাহির করিলে উহা সমগ্র নির্গত হইল কিনা দেখা উচিত। কখন কখন চিকিৎসকের কোন দোষ না থাকিলেও উহার কিয়দংশ থাকিয়া যাইতে পারে।

প্লাসেণ্টার অত্যধিক সংযোগ অথবা উহা পৃথক্ পৃথক্ খণ্ডে উৎপন্ন হইলে এইরূপ হইতে পারে। পৃথক্ পৃথক্ খণ্ডে উৎপন্ন হইলে পরিস্রবের এক খণ্ড থাকিয়া গেলেও কোনমতে জানা যায় না। ভ্রূণঝিল্লীর কিয়দংশ জরায়ু মধ্যে থাকিয়া যাইতে পারে। এইটি নিবারণ করিবার জন্য প্লাসেণ্টা নির্গত হইবার পর ঝিল্লী পাক দিয়া ধীরে ধীরে বাহির করিতে হয়। এই সকল কারণ হইতে প্রসবের এক সপ্তাহ পর রক্তস্রাব ঘটিতে দেখা যায়। কখন কখন ইহা অপেক্ষাও বিলম্বে রক্তস্রাব হয়। মাং ব্যাসেট্ যে ৪টি ঘটনার উল্লেখ করিয়াছেন তাহাতে প্রসবের ১০। ১২। ১৪। ৩২ দিন পর রক্তস্রাব ঘটিয়াছে। রক্তস্রাব অকস্মাৎ হইয়া বন্ধ না হইতে পারে অথবা বন্ধ হইয়া কিয়ৎকাল পরে আবার আরম্ভ হইতে পারে। ডাং প্লেফেয়ার্ বলেন যে গর্ভস্রাবের পর পরিস্রবের কিয়দংশ থাকিয়া যাওয়া অধিক সম্ভব কেন না তখন উহার সংযোগ অত্যন্ত দৃঢ় থাকে। রক্তস্রাবের সহিত দুর্গন্ধযুক্ত স্রাব হইতে দেখা যায় কারণ ভিতরে যে অংশ থাকিয়া যায় তাহা পচিয়া সেপ্‌টিসীমিয়া রোগের লক্ষণ দেখা যায়। পরিস্রব অথবা ঝিল্লী জরায়ু মধ্যে আল্‌গা থাকিতে পারে অথবা জরায়ুর সহিত সংযুক্ত থাকিতে পারে। সংযুক্ত থাকিলে বাহির করা দুঃসাধ্য।

বার্ণিজ্ সাহেব বলেন যে জরায়ুর পশ্চাৎ নমন গৌণ রক্তস্রাবের আর এক কারণ। জরায়ুর পশ্চাৎ নমন ঘটিলে নমিত স্থলে রক্ত সঙ্কুলনের বিঘ্ন ঘটে এবং জরায়ু স্বাভাবিক অবস্থায় আসিতে পারে না।

জরায়ুর পশ্চাৎ নমন।

গৌণ রক্তস্রাব হইলে প্রত্যেক স্থলে ইহার কারণ অনুসন্ধান করা ও সাবধানে যোনি পরীক্ষা করা নিতান্ত আবশ্যক। যদি দৈহিক কারণ হইতে রক্তস্রাব হয় তাহা হইলে প্রসূতিকে একটি শীতল গৃহে কঠিন শয্যায় শয়ন করাইয়া রাখিবে এবং কোন গোলমাল হইতে দিবে না। আর্গটের লিকুইড্ এক্‌ষ্ট্রাক্ট এক ড্রাম্ মাত্রায় ছয় ঘণ্টা অন্তর সেবন করাইবে। ম্যাক্লিণ্টক্ সাহেব বলেন যে আর্গটের সহিত গাঁজার টিংচার ১০। ১৫ বিন্দু মাত্রায় মিউসিলেজের সহিত দিলে অত্যন্ত উপকার হয়। ম্যাটিকো কিম্বা পার্ক্লোরাইড্ অফ্ আয়রনের পেসারি নির্ম্মাণ করিয়া যোনি মধ্যে দেওয়া

যাইতে পারে। যাহাতে কোষ্ঠ বদ্ধ না থাকে তজ্জন্য এনিমা ব্যবহার করা উচিত। অপেক্ষাকৃত পুরাতন হইলে আর্গট, সালফেট্ অফ্ আয়রন্ এবং অল্প মাত্রায় সাল্‌ফেট্ অফ্ ম্যাগ্‌নিশিয়া বিশেষ উপকারী। যে স্থলে রক্তস্রাব দৌর্ব্বল্যজনিত তথায় এই ঔষধি অত্যন্ত উপকারী। ম্যাক্লিণ্টক সাহেব বলেন যে সেক্রমের উপর ব্লিষ্টার্ দিলে বিশেষ উপকার হয়। রক্তস্রাব অধিক হইলে স্থানিক চিকিৎসাই উপযোগী। ডাং কার্জো যোনি প্রণালি গুঁজিদ্বারা রুদ্ধ করিতে পরামর্শ দেন। প্রসবের অব্যবহিত পরেই গুঁজি ব্যবহার করিলে যেরূপ অনিষ্ট সম্ভাবনা বিলম্বে ব্যবহার করিলে তত নহে কারণ তখন গুঁজির উর্দ্ধাংশে জরায়ু বিস্তৃত হইয়া আভ্যন্তরিক রক্তস্রাব হইতে পারে। কিন্তু বিলম্বে ব্যবহার দ্বারা যদিও জরায়ু বিস্তার হইবার সম্ভাবনা থাকে না তথাপি আভ্যন্তরিক রক্তস্রাবের ভয় থাকে। যদি একান্তই গুঁজি ব্যবহার করিতে হয় তাহা হইলে উদরে একখণ্ড বস্ত্রের গদি রাখিয়া দৃঢ়রূপে উদর বন্ধন করা আবশ্যক কেননা ইহা করিলে জরায়ুর উপর চাপ থাকিবে। মধ্যে মধ্যে উদর পরীক্ষা করিয়া জরায়ু শিথিল হইয়াছে কি না দেখা উচিত। রক্তস্রাব ভয়ানক হইলে জরায়ুগহ্বরে সঙ্কোচক ঔষধির পিচকারী দেওয়া নিতান্ত কর্ত্তব্য। প্রসবের পর জরায়ুর অন্তর্ম্মুখ বন্ধ হইয়া যায় এবং জরায়ু সঙ্কুচিত হয় বলিয়া জরায়ুগহ্বরে অধিক পরিমাণে তরল দ্রব্যের পিচকারী দেওয়া নিরাপদ নহে। সুতরাং এক খণ্ড স্পঞ্জ পারক্লোরাইড্ অফ আয়রণের আরকে ভিজাইয়া একটি উপযুক্ত আধারে স্থাপিত করিয়া জরায়ুগহ্বর উত্তমরূপে মুছাইতে আপত্তি নাই। এই উপায়ে প্রায় সর্ব্বদাই কৃতকার্য্য হওয়া যায়।

পরিস্রবের অথবা ভ্রূণঝিল্লীর কিয়দংশ জরায়ু মধ্যে আছে এইরূপ বুঝিলে অথবা চিকিৎসা করিবার পরেও রক্তস্রাব হইলে সাবধানে জরায়ু পরীক্ষা করা নিতান্ত আবশ্যক। যোনি পরীক্ষা করিলে সম্ভবতঃ প্লাসেণ্টার কিয়দংশ জরায়ু মধ্যে অন্তর্ম্মুখে অনুভব করা যাইতে পারে এবং তখন উহাকে অনায়াসে বাহির করা যায়। জরায়ুর অন্তর্ম্মুখ বদ্ধ থাকিলে স্পঞ্জ, ল্যামিনেরিয়াটেণ্ট্ যন্ত্র অথবা বার্ণিজের থলী দ্বারা উহাকে উন্মুক্ত করিলে জরায়ু গহ্বর সম্পূর্ণ রূপে পরীক্ষা করা যায়। কিন্তু পরীক্ষা করিতে

হইলে প্রসূতিকে ক্লোরোফর্ম্ আঘ্রাণ করাইয়া সংজ্ঞাহীন করাইতে হইবে। কারণ সমগ্র কর প্রবিষ্ট না করাইলে উত্তমরূপে পরীক্ষা করা যায় না এবং সংজ্ঞাহীন না করাইয়া কর প্রবেশ করাইলে প্রসূতির অসহ্য কষ্ট হয়। পরিস্রব অথবা ঝিল্লীখণ্ড জরায়ু মধ্যে আলগা থাকিলে তৎক্ষণাৎ বাহির করা কর্ত্তব্য। কিন্তু জরায়ুর সহিত সংযোগ থাকিলে সাবধানে বিচ্ছিন্ন করিতে হয়। তাহার পর জরায়ুমুখ উন্মুক্ত থাকিতে থাকিতে কণ্ডিজফ্লুইড্ জল মিশ্রিত করিয়া গহ্বর উত্তম রূপে ধৌত করিতে হয়। এরূপ করিলে সেপ্টিসীমিয়া রোগের ভয় থাকে না।

যোনি পরীক্ষা করিলে জরায়ুর পশ্চাৎ নমন আছে কি না জানা যায়। জানিতে পারিলে হস্তদ্বারা সাবধানে জরায়ুকে স্বস্থানে আনিয়া হস্তের একটি বড় পেসারি প্রবিষ্ট রাখিতে হয়।

ষোড়শ পরিচ্ছেদ।

জরায়ু-বিদারণ ইত্যাদি।

ইহার সাংঘাতিকতা।

ইহার ঘটনা সংখ্যার অল্পতা।

প্রসবকালে যত রকম বিপদ ঘটে তন্মধ্যে জরায়ু-বিদারণ অতি ভয়ানক। কিছুকাল পূর্ব্বে এই বিপদটিকে অসাধ্য ও মারাত্মক বলিয়া বিবেচনা করা হইত। সৌভাগ্যবশতঃ ইহার ঘটনা সংখ্যা অতি অল্প। এ সম্বন্ধে যেসকল তালিকা আছে তাহা এত বিভিন্ন যে তদ্দ্বারা ইহার ঘটনা-সংখ্যা সম্বন্ধে স্থির সিদ্ধান্ত করা যায় না। এই সকল তালিকার মধ্যে অনেক গুলিতে জরায়ু-গ্রীবা এবং যোনি-বিদারণকে জরায়ুর দেহ এবং ফাণ্ডাস বিদারণ বলিয়া গণ্য করা হইয়াছে। বড় বড় সূতিকাগারের তালিকা দেখিলে ইহার প্রকৃত ঘটনাসংখ্যা বুঝা যায় নচেৎ যে সকল রোগী স্বগৃহে থাকিয়া চিকিৎসিতা

হয় তাহাদের মধ্যে এই দুর্ঘটনা ঘটিলে অপ্রকাশিত থাকাই সম্ভব। জরায়ু-বিদারণের ঘটনা-সংখ্যা সম্বন্ধে বিভিন্ন গ্রন্থকার কিরূপ বিভিন্ন তালিকা দেন তাহা দেখিলেই বুঝা যাইতে পারে। বার্ন্স্ সাহেব বলেন ৯৫০টি প্রসবের মধ্যে একটিতে, ইঙ্গল্বি বলেন ১৩০০ বা ১৪০০র মধ্যে ১টিতে, চার্চ্চিল্ বলেন ১৩৩১ টির মধ্যে ১টিতে এবং লেম্যান্ বলেন ২৪৩৩ টির মধ্যে ১টিতে জরায়ুবিদারণ ঘটে। পারিস্ নগরের ডাং জলি এসম্বন্ধে একটি উৎকৃষ্ট প্রবন্ধ প্রকাশিত করিয়াছেন। তাঁহার মতে ৩৪০৩টি প্রসবের মধ্যে কেবল একটিতে প্রকৃত জরায়ুর বিদারণ হয়।

বিদারণের স্থান। জরায়ুর ফাণ্ডাস্, দেহ অথবা গ্রীবা এই তিনটির মধ্যে যে কোন স্থানই বিদীর্ণ হইতে পারে। গ্রীবা বিদীর্ণ হইলে তত অনিষ্ট হয় না এবং প্রথম প্রসূতি-মাত্রেই ইহা অত্যাধিক ঘটিতে দেখা যায়। কিন্তু গ্রীবার ঊর্দ্ধ যৌন অংশ ছিন্ন হইলে গুরুতর লক্ষণ উপস্থিত হয়। অতি অল্পসংখ্যক স্থলেই জরায়ুর ঊর্দ্ধ অংশ বিদীর্ণ হইতে দেখা যায়। সচরাচর গ্রীবার নিকটস্থ অংশ বিদীর্ণ হয়। জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশ বিদীর্ণ না হইবার কারণ এই যে তথায় প্রথম হইতেই আঘাত লাগিবার অল্প সম্ভাবনা কিন্তু জরায়ুর নিম্ন তৃতীয়াংশ ভ্রূণের নির্গমনোম্মুখ অঙ্গ ও বস্তিগহ্বরস্থ অস্থিমধ্যে চাপ পায় বলিয়া গ্রীবার নিকটস্থ স্থান প্রায় বিদীর্ণ হয়। ম্যাডাম্ লা শ্যাপ্‌ল্ বলেন যে জরায়ুর যে স্থলে পরিস্রব সংযুক্ত থাকে সে স্থলটি প্রায় বিদীর্ণ হয় না, কিন্তু অনেকের ইহাও ঘটিতে দেখা যায়। জরায়ুর দেহ ও গ্রীবার সংযোগস্থলের

জরায়ুর দেহ ও গ্রীবার সংযোগ স্থল সচরাচর বিদীর্ণ হয়। সম্মুখে অথবা পশ্চাতে অর্থাৎ সিম্ফিসিসের নিম্নে কিম্বা ত্রিকাস্থির ঠিক বিপরীতে সচরাচর জরায়ু বিদীর্ণ হয়। কখন কখন জরায়ুর নিম্নখণ্ডের পার্শ্বদিক বিদীর্ণ হইতে পারে। আবার কখন কখন জরায়ুগ্রীবাটি অঙ্গুরীর আকারে বিচ্ছিন্ন হইতে দেখা যায়। জরায়ুর উপাদান আংশিক অথবা পূর্ণ রূপে বিদীর্ণ হইতে দেখা যায়। কখন কখন কেবল পৈশিক উপাদান ছিন্ন

জরায়ুর উপাদান আংশিক অথবা পূর্ণরূপে বিদীর্ণ হইতে দেখা যায় তখন পেরিটোনিয়াল বা পারিবেষ্টিক উপাদান ঠিক থাকে। আবার কখন বা কেবলপারিবেষ্টিক উপাদানই ছিন্ন হয় পৈশিক উপাদান যেমন তেমনই

হইতে পারে। থাকে। ছিন্ন স্থানের পরিমাপ কখন অল্প কখন অধিক হইতে দেখা যায়। কখন সামান্য মাত্র ফাটে কখন বা এত অধিক ফাটে যে সেই ছিদ্র দিয়া ভ্রূণ নির্গত হইয়া উদরগহ্বরে পতিত হয়। জরায়ুর উপাদান কখন লম্বাভাবে কখন আড় ভাবে কখন বা তির্য্যকভাবে ছিন্ন হয়। ছিন্ন স্থানের সীমা অসম ও উচ্চাবচ হয়। কারণ পেশীসূত্র সকল সঙ্কুচিত হইয়া যায়। পেশীসূত্র সকল কোমল ও রক্তপূর্ণ হয় এবং এমন কি পচিয়া যায়। পেরিটোনিয়াম্ গহ্বরে অনেক পরিমাণে স্রাবিত রক্ত দেখা যায়। এই রক্তস্রাব হইতে অত্যন্ত বিপদ ঘটিতে পারে।

প্রবর্ত্তক ও উত্তেজক কারণ।

ইহার কারণ দুই প্রকার—(১) প্রবর্ত্তক (২) উত্তেজক। আধুনিক গবেষণায় স্থির হইয়াছে যে জরায়ুর উপাদানে পূর্ব্ব হইতে বিদীর্ণ হইবার প্রবৃত্তি না থাকিলে সম্পূর্ণ সুস্থ জরায়ু বিদীর্ণ হয় না। জরায়ুর উপাদানের এই সকল প্রবর্ত্তক পরিবর্ত্তন কিরূপ ও তাহারা কি রূপেই বা কার্য্য করে তাহা ভালরূপ জানা নাই। ইহার নিদান সম্বন্ধে জ্ঞাতব্য বিষয় আজিও অনেক বাকি আছে।

বহুপ্রসবিনীদিগের অধিক ঘটে।

প্রথম প্রসবিনী অপেক্ষা বহু প্রসবিনীদিগের জরায়ু বিদারণ অধিকাংশ স্থলে ঘটে বলিয়াই অনেকের বিশ্বাস আছে। কিন্তু টাইলারস্মিথ বলেন যে প্রথম প্রসবিনীদিগের জরায়ু বিদীর্ণ হইবার যেমত সম্ভাবনা বহুপ্রসবিনীদিগের ও তদ্রূপ। আবার ব্যাণ্ড্ল্ সাহেব বলেন যে ৫৪৬টি প্রসূতির মধ্যে কেবল ৬৪ জন প্রথমপ্রসবিনীর জরায়ু বিদীর্ণ হয়। সুতরাং তালিকা দেখিয়া এই বিষয়ে স্থির সিদ্ধান্ত করা যায় না। ডাং প্লেফেয়ার্ বলেন যে সকল পরিবর্ত্তন জন্য জরায়ু বিদীর্ণ হইয়া থাকে বহুপ্রসবিনীদের জরায়ুতে সেই সকল পরিবর্ত্তন অধিক ঘটা সম্ভব। জরায়ু বিদারণ বয়সের উপরও নির্ভর করে। কারণ অনেকস্থলে ৩০।৪০ বৎসর বয়সেই ইহা বিদীর্ণ হইতে দেখা যায়। জরায়ুর উপাদানের পরিবর্ত্তনই জরায়ু বিদীর্ণ হই-

জরায়ু উপাদানের পরিবর্ত্তন।

বার প্রধান প্রবর্ত্তক কারণ। কিন্তু এই সকল পরিবর্ত্তন সম্বন্ধে নিশ্চিত জ্ঞান আমাদের নাই। গর্ভাবস্থায় জরায়ুতে আঘাত লাগিয়া উহার পৈশিক উপাদান বিকৃত অবস্থা প্রাপ্ত হইলে অথবা প্রসবের পর যে পদ্ধতিতে জরায়ু স্বভাব প্রাপ্ত হয় সেই পদ্ধতি অকালে সংঘটিত

ইলে, অর্থাৎ মেদাপকৃষ্টতা গর্ভকালে ঘটিলে অথবা জরায়ুপ্রাচীরে সৌত্রিকার্ব্বুদ কিম্বা দুষ্ট অর্ব্বুদ উৎপন্ন হইয়া জরায়ুর উপাদানের বিকৃতি ঘটাইলে কিম্বা ভ্রূণ নির্গমের প্রতিবন্ধক হইলেই জরায়ু বিদীর্ণ হওয়া সম্ভব। বিলাতের মার্কি সাহেব এবং জার্ম্মানির লেম্যান্ সাহেব এই সকল পরিবর্ত্তন জরায়ু বিদারণের প্রবর্ত্তক কারণ বলিয়া স্বীকার করেন সুতরাং তাঁহাদের মত অগ্রাহ্য করা যায় না তবে তাঁহাদের মত কতদূর প্রকৃত ঘটনা দর্শনের উপর নির্ভর করে তাহা বলা যায় না।

জরায়ু বিদীর্ণ হইবার আর এক কারণ এই যে বস্তিগহ্বর ও ভ্রূণ উভয়ের সামঞ্জস্যাভাব। যে স্থলে জরায়ু বিদীর্ণ হইয়াছে তাহার অধিকাংশ স্থলে জরায়ুর বিকৃত গঠন দেখা গিয়াছে। র‍্যাড্‌ফোর্ড সাহেব ১৯টি ঘটনা সংগ্রহ করিয়া তাহার মধ্যে ১১টিতে অর্থাৎ অর্দ্ধেকের উপরে জরায়ুর গঠন বিকৃতি দেখিয়াছেন। র‍্যাড্‌ফোর্ড সাহেব একটি আশ্চর্য্য মত প্রকাশ

বস্তিগহ্বর ও ভ্রূণ উভয়ের সামঞ্জস্যের অভাব থাকিলে।

বিকৃতবস্তিগহ্বর আর এক কারণ।

করিয়াছেন। তিনি বলেন যে বস্তিগহ্বরের গঠন বিকৃতি যত সামান্য হয় জরায়ু বিদারণের সম্ভাবনা তত অধিক থাকে। ইহার কারণ এই যে, সামান্য বিকৃতিতে জরায়ুর নিম্নতর খণ্ড বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বারে নিযুক্ত থাকায় তাহার উপর অধিক চাপ পড়ে কিন্তু গঠন বিকৃতি অধিক হইলে জরায়ুমুখ ও গ্রীবা প্রবেশদ্বারের ঊর্দ্ধে থাকে এবং জরায়ুদেহ ও কাণ্ডাস গর্ভিণীর দুই উরুরমধ্যে ঝুলিতে থাকে। এই মতটি যুক্তিসিদ্ধ বলিয়া বোধ হয়। জরায়ুর অত্যধিক গঠন বিকৃতি জন্য জরায়ু বিদারণ অতি অল্প সংখ্যক হইবার কারণ বোধহয় অত্যধিক গঠন বিকৃতি অতিঅল্প স্থলেই ঘটে।

ব্যাণ্ডলএর মত।

জরায়ু বিদারণ সম্বন্ধে ব্যাণ্ডল্ সাহেব আমাদের জ্ঞান যেরূপ বৃদ্ধি করিয়াছেন এরূপ আর কেহ করেন নাই। তিনি বলেন যে কোন কারণ বশতঃ ভ্রূণ নির্গত হইতে বিলম্ব হইলে জরায়ুর নিম্নখণ্ড অত্যন্ত বিস্তৃত ও স্ফীত হওয়ায় ছিন্ন হইয়া যায়।

এরূপ অবস্থায় জরায়ুর ঊর্দ্ধখণ্ড পুরু ও সঙ্কুচিত হয়। প্রসব বেদনা যত প্রবল হয় জরায়ুর নিম্নতর খণ্ড ততই বিস্তৃত ও স্ফীত হইতে থাকে অবশেষে এই স্থানের পৈশিক সূত্র সকল পৃথক হইয়া ছিন্ন হয়। জরায়ুর পুরু ঊর্দ্ধখণ্ড ও স্ফীত নিম্নখণ্ড এই উভয়ের প্রভেদ রেখাকে ব্যাণ্ডেলের রিং বা অঙ্গুরীয় বলে এবং স্পর্শ করিলে ইহাকে পিউবিসের উপরে অনুভব করা যাইতে পারে।

ভ্রূণের অস্বাভাবিক অবস্থান কিম্বা অস্বাভাবিক আয়তন।

ভ্রূণ অস্বাভাবিক রূপে অবস্থিত হইলে অথবা উহার নির্গমনোন্মুখ অঙ্গের আয়তন অত্যন্ত বড় হইলে প্রসববেদনা দ্বারা ভ্রূণ নির্গত হইতে পারে না। পুত্র সন্তানের মস্তক কন্যা সন্তানের মস্তক অপেক্ষা বড় হয় বলিয়া পুত্র সন্তান প্রসবের সময়, অপেক্ষাকৃত অধিক স্থলে জরায়ু বিদারণ হয়। সার্ জেম্স্ সিম্সন্ সাহেব বলেন যে জরায়ু মধ্যে ভ্রূণের মস্তিষ্কোদক রোগ হইলে জরায়ু বিদারণ ঘটিবার সম্ভাবনা। এরূপ ৭৪টি স্থলের মধ্যে ১৬টিতে জরায়ু বিদারণ ঘটিয়াছে। বস্তিগহ্বর কি ভ্রূণের সামঞ্জস্যের অভাব হইলে দুই প্রকারে জরায়ু বিদারণ ঘটে। (১) প্রতিবন্ধক অতিক্রম করিবার জন্য জরায়ুর অত্যধিক সঙ্কোচ। অথবা (২) নির্গমনোন্মুখ অঙ্গ এবং বস্তিগহ্বরাস্থি মধ্যে

জরায়ুর উপাদান চাপা পড়িলে চাপ জন্য উহাতে প্রদাহ, কোমলত্ব ও পচন।

জরায়ু বিদারণের সন্নিহিত কারণ দুই শ্রেণীতে বিভক্ত করা যাইতে পারে (১) বাহ্যিক আঘাত (২) অত্যধিক জরায়ু সঙ্কোচ।

বাহ্যিক আঘাত। গর্ভের শেষাবস্থায় আঘাত লাগিলে, কি পড়িয়া গেলে জরায়ু বিদারণের সম্ভাবনা। কিন্তু এসকল কারণ অতি অল্প স্থলে দেখা যায়। চিকিৎসকের অযোগ্যতা এবং অসাবধানতা জন্য দুর্ভাগ্যবশতঃ অনেক স্থলে জরায়ু বিদারণ হইতে দেখা যায়; বিবর্ত্তনের সময়ে হস্ত লাগিয়া অথবা ফর্সেপসের ফলক লাগিয়া অনেক সময়ে জরায়ু বিদীর্ণ হইয়াছে। চিকিৎসক নৈপুণ্য না দেখাইয়া অনেক স্থলে বলপূর্ব্বক বাধা অতিক্রমের চেষ্টা করায় এই সর্ব্বনাশ করিয়াছেন। চিকিৎসকের অজ্ঞতার ফলে কত প্রসূতি মারা পড়িয়াছে তাহা জলি সাহেবের তালিকা দেখিলে জানা যায়। তিনি বলেন যে পদাবর্ত্তন করিতে গিয়া ৭১টি গর্ভিণীর জরায়ু বিদারণ হইয়াছে ৩৭টির ফর্সেপ্‌স্ দ্বারা ১০টির সিক্যালোট্রাইব দ্বারা এবং ১০টির অন্যান্য প্রক্রিয়াদ্বারা জরায়ু বিদারণ হইয়াছে। জরায়ুর অত্যধিক ও দীর্ঘস্থায়ী সঙ্কোচে কি রূপে জরায়ু বিদারণ হয় তাহা সকলেই জানেন।

জরায়ুর অত্যধিক সঙ্কোচ। অসাবধানে ও অবিবেচনার সহিত আর্গট্ প্রয়োগে অধিক উত্তেজিত হইয়া জরায়ু বিদীর্ণ হইতে পারে। এবিষয়ে অনেক প্রমাণ আছে।

অবিবেচনার সহিত আর্গট্ প্রয়োগ। ট্যাঙ্ক্ সাহেব বলেন যে মিগস সাহেব তিনটি ঘটনা ও বেড্‌ফোর্ড্ সাহেব ৪টি ঘটনা এই কারণ হইতে উৎপন্ন হইতে দেখিয়াছেন। জলি সাহেব বলেন যে ৩৬টি স্থলে আর্গট্ অধিক প্রয়োগ করায় জরায়ু বিদীর্ণ হইয়াছিল।

কেহ কেহ বলেন যে জরায়ু বিদারণের পূর্ব্বে গর্ভিণী উদরের নিম্ন দেশে আক্ষেপিক যন্ত্রণা অনুভব করে।

আভাসিক লক্ষণ। বোধ হয় জরায়ুতে চাপ পড়ে বলিয়াই এইরূপ যন্ত্রণা হয়। যাহা হউক এই লক্ষণের উপর নির্ভর করা যায় না। বস্তুতঃ এই দুর্ঘটনার আভাসিক লক্ষণ কিছু নাই।

সাধারণ লক্ষণ। সাধারণ লক্ষণ এত স্পষ্ট ও ভয়ানক হয় যে ব্যাপার কি বুঝিতে বাকি থাকে না। কখন কখন সামান্য রূপে ছিন্ন হইলে কোন

স্পষ্ট লক্ষণ না দেখিয়া চিকিৎসক কি হইল বুঝিতে পারেন না। প্রথমোক্ত স্থলে জরায়ুর সঙ্কোচের সময় অকস্মাৎ ভয়ঙ্কর যন্ত্রণা উপস্থিত হয় এবং কি যেন ছিন্ন হইল প্রসূতি এরূপ অনুভব করে। কখন কখন এই সময়ে স্পষ্ট শব্দ হয় এবং নিকটস্থ ব্যক্তিরা শুনিতে পায়। এই সঙ্গে যোনি দিয়া প্রচুর রক্ত বাহির হয় ও অকস্মাৎ প্রসব বেদনা বন্ধ হইয়া যায়।

উদর ও যোনি পরীক্ষার ফল।

উদর ও যোনি পরীক্ষা দ্বারা অনেক জানা যায়। সন্তানের অধিকাংশ অথবা সন্তান সম্পূর্ণরূপে উদরগহ্বরে পড়িলে উদরের উপর হস্তার্পণ করিয়া অনায়াসে অনুভব করা যায়। ভ্রূণ একেবারে উদরগহ্বরে পড়িলে, প্রসবের পর যেরূপ আকার হয় সেইরূপ পৃথক স্থানে অনুভূত হয়। যোনিপরীক্ষা দ্বারা জানা যায় যে ভ্রূণের নির্গমনোন্মুখ অঙ্গ উপরে উঠিয়া গিয়াছে এবং নির্গমনোন্মুখ অঙ্গের স্থলে অন্য অঙ্গ অনুভূত হয় অথবা কিছুই হয় না। ছিন্ন স্থান অধিক হইলে যোনি পরীক্ষা দ্বারা অনুভব করা যায় এবং কখন কখন সেই ছিদ্র দিয়া অন্ত্র নির্গত হইয়াছে জানা যায়। অন্যান্য লক্ষণও কখন কখন প্রকাশ পায়। উদরগহ্বরের কৌষিক উপাদানে বায়ু প্রবেশ করায় উদরের নিম্নদেশ স্পর্শ করিলে গজ্ গজ্ শব্দ হয়। কখন বা তলপেটে কি যোনিতে রক্তার্ব্বুদ উৎপন্ন হইতে দেখা যায়। কিন্তু এই সকল লক্ষণ প্রায় ঘটে না বলিয়া ইহাদের উপর নির্ভর করা যায় না।

কখন কখন অস্পষ্ট লক্ষণ দেখা যায়।

দুর্ভাগ্যবশতঃ সকল সময়ে লক্ষণ গুলি স্পষ্ট প্রকাশ পায় না। কোথাও কোথাও প্রধান লক্ষণ গুলি (যথা অকস্মাৎ প্রসব বেদনা বন্ধ, বাহ্যিক রক্তস্রাব, নির্গমনোন্মুখ অঙ্গ ঢুকিয়া যাওয়া) অনুপস্থিত থাকে। আবার কোথাও কোথাও লক্ষণসকল এত অস্পষ্ট যে মৃত্যুর পূর্ব্বে প্রকৃত বিষয় জানা যায় না। যাহা হউক প্রায় সকল স্থলেই অবসাদ লক্ষণ স্পষ্ট থাকে এবং অন্য লক্ষণ না দেখিলেও কেবল অকারণ অবসাদ দেখিয়া সন্দেহ করা যায়।

জরায়ু বিদীর্ণ হইলেও কখন কখন প্রসব বেদনা উপস্থিত থাকে।

কোন কোন স্থলে জরায়ু বিদীর্ণ হইলেও প্রসব বেদনা উপস্থিত থাকিয়া সাধারণ উপায়ে সন্তান ভূমিষ্ঠ হইতে দেখা গিয়াছে। এরূপ স্থলে ভ্রম হওয়া বিচিত্র নহে। এই আশ্চর্য্য ঘটনা কিরূপে হয় তাহা বুঝা কঠিন। সম্ভবতঃ জরায়ুর মাংস ছিন্ন না হওয়ায় উহার সঙ্কোচে

সন্তান ভূমিষ্ঠ হয়। অতএব জরায়ু বিদারণের লক্ষণ স্পষ্ট না থাকিলে যে উহা ঘটে নাই এরূপ ভ্রম কখন যেন না করা হয়।

ভাবীফল। এই দুর্ঘটনার ভাবী ফল যে নিতান্ত অশুভ তাহাতে সন্দেহ নাই। তবে পূর্ব্বে যেরূপ সকল স্থলেই অসাধ্য বিবেচনা করা হইত আধুনিক চিকিৎসা কৌশল গুণে সেরূপ বলা যায় না। প্রসূতির যেরূপ ভয়ানক অবসাদ লক্ষণ উপস্থিত হয়, যেরূপ ভয়ানক রক্তস্রাব হয় (বিশেষতঃ পেরিটোনিয়াম্ গহ্বরে রক্তস্রাব হওয়ায় তথায় রক্ত জমিয়া প্রদাহ উৎপন্ন হইবার আশঙ্কা থাকে) এবং ভ্রূণ পরিবেষ্ট গহ্বরে পতিত হওয়ায় যেরূপ ভয়ানক ও অনিবার্য্য পরিবেষ্ট প্রদাহ উপস্থিত হয় তাহাতে প্রথম ধাক্কা সামলাইতে পারিলেও মৃত্যু সংখ্যা যে এত অধিক হয় তাহা বিচিত্র নহে। জলি সাহেব ৫৮০ জনের মধ্যে ১০০ জন আরোগ্য হইতে দেখিয়াছেন অর্থাৎ ছয় জনের মধ্যে ১ জন বাঁচিয়াছে। কিন্তু এরূপ সুফল আশা করা যায় না। যাহাহউক ইহার মধ্যে এমন অনেক রোগী আরোগ্য হইয়াছে যাহাদের জীবিতাশা প্রায় ছিল না সুতরাং এই দুর্ঘটনা ঘটিলে হতাশ না হইয়া যাহাতে রোগীকে বিপদ হইতে উদ্ধার করা যায় সে বিষয়ে যত্নবান হওয়া আবশ্যক।

সন্তানের। এই দুর্ঘটনায় সন্তান প্রায়ই মারা পড়ে। ডাং ম্যাকৃলিণ্টক্ বলেন যে কোন স্থলে জরায়ু বিদারণ হইয়াছে কিনা সন্দেহ হইলে ভ্রূণহৃৎপিণ্ডের শব্দ শুনিতে পাওয়া না গেলে বিদারণ হইয়াছে বুঝিতে হইবে। এই দুর্ঘটনার ধাক্কা, প্রচুর রক্তস্রাব, এবং ভূমিষ্ঠ করিতে বিলম্ব এই সকল কারণে প্রায় সন্তান মারা পড়ে।

চিকিৎসা। পূর্ব্বে যাহা বলা গিয়াছে তাহা পাঠ করিলে বুঝা যায় যে এই দুর্ঘটনা নিশ্চয়ই ঘটিবে পূর্ব্ব হইতে তাহার কোন লক্ষণ পাওয়া যায় না সুতরাং ইহা নিবারণ করিবার উপায় কিছুই নাই তবে বস্তিগহ্বরে অথবা ভ্রূণে প্রসব হইবার কোন প্রতিবন্ধক দেখিলে সময়মত সাহায্য করা ধাত্রীবিদ্যার প্রধান নিয়ম অতএব এই সাধারণ নিয়ম অনুসারে কার্য্য করিলে এই বিপদ নিবারণ করা যাইতে পারে।

জরায়ুবিদীর্ণ হইলে কি করা আবশ্যক। জরায়ু বিদীর্ণ হইলে যাহাতে সত্বর ভ্রূণ ও পরিস্রব বাহির করা যায় এবং প্রসূতিকে অবসাদ হইতের ক্ষা

করা যায় এরূপ করা আবশ্যক। অবসাদ দূর হইয়া প্রসূতি যদি বাঁচিয়া থাকে তবে প্রবাহ এবং তাহার আনুষঙ্গিক ফলের চিকিৎসা করিতে হয়। সন্তানকে কি উপায়ে সত্বর বাহির করা যায় তাহাই প্রধান বিবেচ্য বিষয়। ধাত্রীবিদ্যাবিৎ প্রাচীন পণ্ডিতেরা এই সকল স্থলে প্রকৃতির উপর নির্ভর করিয়া অপেক্ষা করিতে পরামর্শ দিতেন; কিন্তু বলা বাহুল্য যে এই মতাবলম্বী হইয়া কার্য্য করিলে স্ত্রীহত্যার পাতক হয়। ভ্রূণ জরায়ুগহ্বরে থাকিলে বিবর্ত্তন, ফর্সেপস্ অথবা সিফ্যালোট্রিপ্‌সি প্রক্রিয়া দ্বারা তাহাকে প্রসবদ্বার দিয়া বাহির করাই কর্ত্তব্য। ভ্রূণের মস্তক ভিন্ন অন্য অঙ্গ নিম্নে থাকিলে বিবর্ত্তন করাই সুবিধা। বিবর্ত্তন করিবার সময় যাহাতে জরায়ুর ছিন্ন স্থান বাড়িয়া না যায় এরূপ সাবধান হওয়া নিতান্ত আবশ্যক। মস্তক বস্তিগহ্বরে অথবা প্রবেশ দ্বারে থাকিলে এবং ফর্সেপস্ দ্বারা সহজে ধরিতে পারিলে সাবধানে ফর্সেপ্‌স্ লাগাইতে হয়। লাগাইবার সময় উদরের উপর চাপ দিয়া সন্তানকে স্থির রাখা আবশ্যক, কারণ তাহা হইলে সহজে লাগান যায়। বস্তিগহ্বরের কিছু মাত্র [illegible]বিকৃতি থাকিলে ভ্রূণমস্তক বিদ্ধ করিয়া তৎপরে সিফ্যালোট্রাইব্ যন্ত্র লাগাইতে হয় এবং বাহির করিবার সময় যাহাতে কিছুমাত্র জোর না লাগে এরূপে টানিতে হয় নচেৎ এই অবস্থায় প্রসূতিকে সামান্য আঘাত লাগাইলে সর্ব্বনাশ হইবে। সন্তানের মস্তক বিদ্ধ করিতে কুণ্ঠিত হইবার আবশ্যক নাই, কেন না পূর্ব্বে বলা গিয়াছে যে এই অবস্থায় প্রায়ই সন্তান মৃত থাকে এবং সন্তান জীবিত আছে কি না ষ্টেথস্কোপ্ যন্ত্রদ্বারা জানা যাইতে পারে।

ভ্রূণ জরায়ুগহ্বরে থাকিলে কি করা উচিত।

সন্তান ভূমিষ্ঠ হইলে অতিসাবধানে ফুল বাহির করা উচিত। ফুল বাহির করিবার জন্য জরায়ুমধ্যে কর প্রবেশ করাইতে হয়। সচরাচর জরায়ুমধ্যেই ফুল থাকে; কারণ জরায়ুর ছিন্ন স্থান দিয়া যদি সন্তান বাহির হইয়া না পড়িয়া থাকে তবে জরায়ুমধ্যে ফুল থাকা সম্ভব। জরায়ুর বাহিরে ফুল পড়িয়া গেলে নাভীরজ্জু ধরিয়া ধীরে ধীরে টানা কর্ত্তব্য। জরায়ুর ছিন্নস্থান মধ্যে কর প্রবিষ্ট করাইয়া অন্বেষণ করা উচিত নহে।

প্লাসেণ্টা নিষ্কাশন।

যে চিকিৎসার কথা উল্লেখ করা গেল তাহাই উক্ত স্থলে উপযোগী এবং তাহাতে প্রসূতির বাঁচিবার সম্ভাবনা অধিক থাকে।

ভ্রূণ জরায়ুর বাহিরে

পড়িলে চিকিৎসা। দুর্ভাগ্যবশতঃ অতি অল্প স্থলেই ভ্রূণ জরায়ুর মধ্যে থাকে। সচরাচর উহা উদরগহ্বরে গিয়া পড়ে এবং সেই সঙ্গে অনেক রক্তপাত হয়। এই সকল স্থলে অনেকে জরায়ুর ছিন্ন স্থান দিয়া হস্ত চালিত করিয়া ভ্রূণের পদদ্বয় ধরিয়া আনিতে পরামর্শ দেন এবং পুনর্ব্বার সেই ছিদ্র দিয়া হস্ত চালিত করিয়া ফুল অন্বেষণ ও বাহির করিতে বলেন। এমন কি ছিদ্র ছোট হইলে উহাকে কাটিয়া বড় করিতেও বলেন। এই মতানুসারে কার্য্য করিলে কি ভয়ানক কাণ্ড হয় অনুমান কর। উদরগহ্বরের যথা তথা হাত চালাইলে অন্ত্রপ্রভৃতি যন্ত্রে আঘাত লাগিবার অত্যন্ত সম্ভাবনা এবং ভ্রূণকে বলপূর্ব্বক জরায়ুমধ্যে পুনঃ প্রবেশ করাইতে গেলে জরায়ু অধিকতর ছিন্ন হয়। স্রাবিত রক্ত পরিবেষ্টগহ্বরে বাহ্য পদার্থের ন্যায় থাকায় ভয়ানক প্রদাহ উপস্থিত করে এবং কাজে কাজেই অত্যন্ত অনিষ্ট ঘটে। এই প্রথা অবলম্বন করিয়া যে কুত্রাপি শুভফল পাওয়া যায় নাই তাহা আশ্চর্য্য নহে।

গ্যাষ্ট্রটমি প্রক্রিয়ায় কেন অধিক সুফল হয়। সন্তান একেবারে উদরগহ্বরে গিয়া পড়িলে অথবা তাহা অধিকাংশ উদরগহ্বরে থাকিলে গ্যাষ্ট্রটমি অর্থাৎ প্রসূতির উদর বিদারণ করিয়া সন্তান বাহির করিলে গর্ভিণীর বাঁচিবার আশা অধিক থাকে আজকাল অনেকেই স্বীকার করেন। এই শস্ত্র প্রক্রিয়াটি অনেক স্থলে অনুষ্ঠিত হইয়া যে সুফল প্রদান করে তাহার কারণ এই যে জরায়ু ও পেরিটোনিয়াম্ পূর্ব্ব হইতেই ছিন্ন থাকে। কেবল উদরপ্রাচীর চিরিবার আবশ্যক থাকায় তত অনিষ্ট ঘটে না। উদরপ্রাচীর চিরিবার এই সুবিধা হয় যে পরিবেষ্টগহ্বর হইতে স্রাবিত রক্তাদি পরিষ্কার করা যায়। পরিবেষ্টগহ্বরে রক্তাদি জমিয়া থাকাতেই অধিক অনিষ্ট ঘটে। এই শস্ত্রক্রিয়ায় আর এক সুবিধা এই যে প্রসূতির অবসাদ অধিক থাকিলে যতক্ষণে প্রকৃতিস্থ না হয় ততক্ষণ অপেক্ষা করা চলে; কিন্তু ভ্রূণের পদদ্বয় ধরিয়া প্রসব করাইতে হইলে জরায়ু বিদীর্ণ হইবামাত্র করা আবশ্যক তখন প্রসূতির যেরূপ অবস্থা তাহাতে কোন প্রকার হস্তক্ষেপ করাই অন্যায়।

বিভিন্ন চিকিৎসা-পদ্ধতিতে ফলের জলি সাহেব বিস্তর পরিশ্রম করিয়া যে তালিকা সংগ্রহ করিয়াছেন তাহা দেখিলে গ্যাষ্ট্রটমি শস্ত্রক্রিয়া অন্যান্য চিকিৎসা পদ্ধতি অপেক্ষা কত শুভকর তাহা বুঝা যায়, সুতরাং

তারতম্য। ভ্রূণ জরায়ুগহ্বর হইতে বাহির হইয়া পড়িলেই গ্যাষ্ট্রটমি করা কর্ত্তব্য।

চিকিৎসা	ঘটনা সংখ্যা।	মৃত্যু।	আরোগ্য।	শতকরা আরোগ্য।
প্রকৃতির উপর নির্ভর।	১৪৪	১৪২	২	১.৪৫
প্রসবদ্বার দিয়া নিষ্কাশন।	৩৮২	৩১০	৭২	১৯
গ্যাষ্ট্রটমি।	৩৮	১২	২৬	৬৮.৪

কিন্তু এই তালিকা দেখিয়া এরূপ মনে করা উচিত নহে যে গ্যাষ্ট্রটমি করিলেই শতকরা ৬৮জন বাঁচিবে। তবে এই মাত্র বুঝা যায় যে এই প্রক্রিয়াতে সাধারণ উপায়ে চিকিৎসা অপেক্ষা আরোগ্যসম্ভাবনা তিন চারিগুণ অধিক। আমেরিকার ডাং হ্যারিস্ বলেন যে তথায় এই প্রক্রিয়ায় শতকরা ৫০ জন আরোগ্য হয়।

জরায়ুগ্রীবা ছিন্ন হওয়া। জরায়ুগ্রীবা সচরাচর ছিন্ন হইতে দেখা যায়। কখন কখন প্রসবের পর জরায়ু দৃঢ় সঙ্কুচিত হইলেও উক্ত কারণে রক্তস্রাব হইতে দেখা যায়। এই কারণে প্রসবের পর এক মাসের মধ্যে গৌণ রক্তস্রাব হইতে পারে। পূর্ব্বে এই বিষয়টি তত গ্রাহ্য করা হইত না, কিন্তু আজকাল ডাং এমেট্ সাহেব অনেক পরিশ্রম করিয়া বুঝাইয়াছেন যে গ্রীবা ছিন্ন হইলে ভবিষ্যতে প্রায়ই স্ত্রীলোকদিগের পুরাতন জরায়ু পীড়া ঘটে। অনেক স্থলে গ্রীবার এক অথবা উভয় পার্শ্ব ছিন্ন হয়। ছিন্ন হইলে যদি রক্তপাত হয় তবে স্থানিক সঙ্কোচক ঔষধি ব্যবহারে উপকার হয়। প্যালেন্ সাহেব বলেন যে গুরুতর স্থলে রৌপ্য তার দিয়া সেলাই করা কর্ত্তব্য। কিন্তু এসম্বন্ধে বিশেষ জানা না থাকায় আমরা কোন মতামত প্রকাশ করিতে পারি না।

সেলাই করিতে বিশেষ সতর্ক হওয়া আবশ্যক। গ্রীবা সেলাই করিতে গেলে যে বিশেষ সাবধানে করা আবশ্যক তাহা বলা বাহুল্য। সাবধানে কার্য্য করাতে ওভেরিয়টমি শস্ত্রক্রিয়ায় এত সুফল পাওয়া যায়। সেলাই করা হইলে পরিবেষ্টগহ্বর হইতে সমস্ত বাহ্য পদার্থ বাহির করিয়া উক্ত গহ্বর উত্তমরূপে ধৌত করা আবশ্যক।

পুনরাবৃত্তি।

জরায়ু বিদীর্ণ হইলে যে চিকিৎসা করা উচিত তাহা পুনর্ব্বার বলা যাইতেছে।

১। ভ্রূণমস্তক অথবা নির্গমনোন্মুখ অন্য কোন অঙ্গ প্রবেশদ্বারের ঊর্দ্ধে থাকিলে অবস্থানুসারে ফর্সেপ্‌স্, বিবর্ত্তন অথবা সিফেলোট্রিপ্‌সি করা উচিত।

২। ভ্রূণমস্তক বস্তিগহ্বরে থাকিলে ফর্সেপ্‌স্ অথবা সেফেলোট্রিপ্‌সি করা উচিত।

৩। ভ্রূণ সম্পূর্ণরূপে অথবা তাহার অধিকাংশ উদরগহ্বরে থাকিলে গ্যাষ্ট্রটমি করা উচিত।

ভবিষ্যৎ চিকিৎসা।

ভবিষ্যতে চিকিৎসা সম্বন্ধে বিশেষ বলিবার আবশ্যক নাই। কারণ রোগীর লক্ষণানুসারে চিকিৎসা করা আবশ্যক তবে এই মাত্র বলা উচিত যে রোগীর অবসাদ দূর করিবার জন্য উত্তেজক ঔষধি এবং দৌর্ব্বল্য দূর করিবার জন্য অহিফেনঘটিত অথবা অন্য কোন উপযুক্ত ঔষধি দেওয়া কর্ত্তব্য।

যোনিপ্রণালী ছিন্ন হওয়া।

কখন কখন যোনিপ্রণালী ছিন্ন হইতে দেখা যায়। অনেক স্থলে যন্ত্র প্রবেশ করাইতে সাবধান না হইলে ইহা ছিন্ন হয় আবার কোথাও কোথাও ফর্সেপস্ দ্বারা ভ্রূণকে টানিবার সময় যোনির অতিবিস্তার হয় বলিয়া উহা ছিন্ন হয়। ফর্সেপ্‌স্ দ্বারা প্রসব করাইলে প্রায়ই যোনিপ্রণালী ঈষৎ ছিন্ন হইয়া থাকে। যোনিপ্রণালী

যোনিপ্রণালী প্রায়ই ঈষৎ ছিন্ন হয়।

ছিন্ন হইলে বিশেষ অনিষ্ট হয় না তবে ক্ষত হইলেই পচনশীল দ্রব্য আচোষিত হইবার আশঙ্কা থাকে। সরলান্ত্র ও যোনি এই উভয়ের অন্তর্ব্বর্ত্তী পর্দ্দা অথবা যোনির সম্মুখপ্রাচীর ছিন্ন হইলে

গুরুতর স্থলে রেক্টো-ভ্যাজাইনাল কি ভেসিকো-ভ্যাজাইনাল শোষ থাকিয়া যায়।

পুরীষ ও মূত্র যোনিতে আসায় ক্ষতস্থান শীঘ্র পূর্ণ হয় না এবং অবশেষে রেক্‌টো-ব্যাজাইনাল্ অর্থাৎ সরলান্ত্র ও যোনিমধ্যে শোষ কি ভেসিকো-ব্যাজাইনাল্ অর্থাৎ মূত্রাশয় ও যোনিমধ্যে শোষ থাকিয়া যাইতে পারে।

এই সকল শোষ যন্ত্রের আঘাত লাগিয়া হয় না।

এই সকল শোষ যন্ত্রাঘাতে উৎপন্ন হয় না। অনেকে মনে করেন যে যন্ত্রাঘাত হইতেই ইহারা উৎপন্ন হয়, কিন্তু ইহা ভ্রম। অনেক স্থলে প্রসবের দ্বিতীয় অবস্থা অত্যন্ত দীর্ঘস্থায়ী

হওয়ায় সন্তানমস্তক ও বস্তিগহ্বরাস্থি এই উভয়ের মধ্যে যোনিপ্রাচীর চাপ পায়। যোনিপ্রাচীরে এই চাপ জন্য প্রদাহ উপস্থিত হয় এবং অবশেষে প্রাচীরের কিয়দংশ পচিয়া গিয়া শোষ হয়। এই সকল স্থলে যন্ত্র ব্যবহার করা আবশ্যক হইয়া পড়ে, সুতরাং সকলে মনে করেন যে যন্ত্র ব্যবহার করাতেই শোষ হয়। প্রকৃতপ্রস্তাবে যন্ত্র সত্বর ব্যবহার না করাতেই শোষ হইয়া যায়।

বেসিকো-বাজাইন্যাল্ অর্থাৎ মূত্রাশয় ও যোনির শোষ প্রসবকালে উৎপন্ন হইলে তৎক্ষণাৎ যোনি দিয়া মূত্র বাহির হওয়া উচিত, কিন্তু প্রায় তাহা হয় না। অধিকাংশ স্থলে প্রসবের এক সপ্তাহ কি তদধিক কাল পরে যোনি দিয়া মূত্র বাহির হয় সুতরাং বুঝা যাইতেছে যে প্রদাহ ও পচনজন্য সময় আবশ্যক করে। এই মত প্রমাণ করিবার জন্য ডাঃ প্লেফেয়ার্ সাহেব বিভিন্ন স্থল হইতে বেসিকো-ব্যাজাইনাল্ ফিশ্চ্যুলা (মূত্রাশয় ও যোনির শোষ) রোগের ৬৩টি ঘটনার ইতিবৃত্ত সংগ্রহ করিয়াছেন।

তাহার প্রমাণ।

প্রথম। ২০টি ঘটনায় আদৌ যন্ত্র ব্যবহার করা হয় নাই। ইহাদের প্রসবকালের স্থিতি নিম্নলিখিত রূপ হইয়াছিল—

ঘটনাবলী।

২৪ ঘণ্টার কম	২ জনের
২৪ ঘণ্টা হইতে ৪৮ ঘণ্টা	৮ জনের
৪০ ঘণ্টা হইতে ৭০ ঘণ্টা	২ জনের
৭০ " " ৮০ "	৭ "
৮০ ঘণ্টার ঊর্দ্ধ	১ "
	২০

সুতরাং বুঝা যাইতেছে যে এই ২০ জনের অর্দ্ধেক গর্ভিণীর প্রসবকাল ৪৮ ঘণ্টার অধিক ছিল এবং অবশিষ্ট ২০ জনের মধ্যে ৬ জনের প্রায় তদ্রূপ। ইহাদের মধ্যে কেবল ১ জনের প্রসব হইবার পরক্ষণেই যোনি দিয়া মূত্র নিঃসৃত হইয়াছিল বলিয়া উল্লেখ আছে। ৭ জনের প্রসব হইবার এক সপ্তাহ মধ্যে ঐরূপ হয় এবং অবশিষ্ট সকলের এক সপ্তাহ পরে হয়।

দ্বিতীয়। ৩৪ জনের প্রসবকালে যন্ত্র সাহায্য আবশ্যক হয়, কিন্তু যন্ত্র ব্যবহার করাতেই যে তাহাদের দোষ হয় তাহার কোন প্রমাণ নাই। ইহাদের প্রসবের স্থিতিকাল নিম্নলিখিত রূপ—

২৪ ঘণ্টার কম	২ জনের
২৪ হইতে ৪৮ ঘণ্টা	৮ জনের
৪৮ „ ৭২ „	১০ „
২৪ ঘণ্টার ঊর্দ্ধ	১৪ „
	৩৪

ইহাদের মধ্যে কেবল ২ জনের প্রসব হইবার ২৪ ঘণ্টার মধ্যে যোনি দিয়া মূত্র বাহির হয়। ১৬ জনের এক সপ্তাহের মধ্যে এবং ১৫ জনের এক সপ্তাহের পর। এস্থলেও ৩৪ জনের মধ্যে ২৪ জনের প্রসবকাল ৪৮ ঘণ্টার অধিক হইয়াছিল।

তৃতীয়। ইতিবৃত্তদ্বারা প্রমাণ হয় যে অকুশলী চিকিৎসকের দ্বারা যন্ত্র ব্যবহৃত হওয়ায় ৯ জনের ফিশ্চুলা উৎপন্ন হয়। ইহাদের প্রসবের স্থিতিকাল এইরূপ—

২৪ ঘণ্টার কম	৭ জনের
২৪ হইতে ৪৮ ঘণ্টা	১ „
৪৮ „ ৭২ „	১ „
	৯

৭ জনের প্রসবের পরক্ষণেই যোনি দিয়া মূত্র বাহির হয় এবং ২ জনের এক সপ্তাহ পরে বাহির হয়। এই সকল তালিকা দেখিলে স্পষ্টই বুঝা যায় যে প্রসবের দ্বিতীয়াবস্থায় সাহায্য না করিয়া উহাকে অযথা দীর্ঘস্থায়ী হইতে দিলেই অধিকাংশস্থলে এই সকল শোচনীয় ঘটনা উপস্থিত হইয়া থাকে। অকালে যন্ত্র সাহায্য করায় ইহা তত অধিক ঘটে না। এমেট্ সাহেব এই বিষয়ে যে প্রকার গবেষণা করিয়াছেন তাহাতে তাঁহার মতই সকলের স্বীকার্য্য। তিনি বলেন "যন্ত্র সাহায্য করাতে যে বেসিকো-ভ্যাজাইনাল্ ফিশ্চুলা উৎপন্ন হয় তাহা আমি কুত্রাপি দেখি নাই। প্রসব করাইতে বিলম্ব করিলে ইহা ঘটিয়া থাকে তাহার স্বপক্ষে বিস্তর প্রমাণ আছে।"

চিকিৎসা। ইহার চিকিৎসা সম্বন্ধে অধিক কথা বলা নিষ্প্রয়োজন। ক্ষত সামান্য হইলে পিচকারীদ্বারা কণ্ডিজ্ ফ্লুইড্ প্রয়োগ করিলে পচনশীল পদার্থ আচুষিত হইবার আশঙ্কা অল্প হয়। রেক্‌টো-ব্যাজাইনাল্ কি বেসিকো-ব্যাজাইনাল্ ফিশ্চ্যুলা রীতিমত উৎপন্ন হইলে তাহা ধাত্রীচিকিৎসকের তত্ত্বাবধারণে না রাখিয়া কিছুদিন পরে অর্থাৎ প্রসবের গোল মিটিয়া গেলে শস্ত্র চিকিৎসকের অধীনে রাখিয়া চিকিৎসা করাইতে হয়।

সপ্তদশ পরিচ্ছেদ।

জরায়ুর বিপর্য্যয়।

ইহা অতি ভয়ানক দুর্ঘটনা। সন্তান ভূমিষ্ঠ হইবার কিছু পরেই জরায়ু বিপর্য্যয় ঘটিলে উহা অতি ভয়ানক এমন কি কখন কখন মারাত্মক হইয়া উঠে। সুতরাং সত্বর উপযুক্ত চিকিৎসা করা আবশ্যক। ধাত্রীবিদ্যাগ্রন্থে এ বিষয়ে যত অধিক মনোনিবেশ করা হইয়াছে সেরূপ অন্য কোন বিষয়ে হয় নাই।

এই দুর্ঘটনা অতি বিরল। সৌভাগ্যবশতঃ এইরূপ দুর্ঘটনা অতি বিরল। রোটাণ্ডাস্থ রোগীনিবাস যে অবধি স্থাপিত হইয়াছে অর্থাৎ ১৭৪৫ খৃঃ অঃ হইতে একাল পর্য্যন্ত ১৯০,৮০০ প্রসূতির মধ্যে কেবল একটির এই দুর্ঘটনা ঘটিয়াছে। অনেক বহুদর্শী চিকিৎসক তাঁহাদের জীবনে একটিও এরূপ ঘটনা দেখেন নাই। কিন্তু এত বিরল বলিয়া যে ইহাকে অগ্রাহ্য করিতে হইবে এমন নহে। এই বিষয়ে বিশেষ জ্ঞান থাকিলে বিপদের সময় কিরূপ চিকিৎসা করিতে হইবে তাহা জানা যায়।

ইহাকে তরুণ ও জরায়ুর বিপর্য্যয় দুই অবস্থায় হইতে পারে (১) তরুণ (২) পুরাতন। জরায়ুর বিপর্য্যয় ঘটিবামাত্রই অথবা কিয়ৎকালমধ্যে জানিতে

পুরাতন দুই শ্রেণীতে বিভাগ করা হয়। পারিলে তাহাকে তরুণ বিপর্য্যয় বলে। আর বহুকাল পরে এমন কি জরায়ু স্বভাবে আসিবার পর জানিতে পারিলে পুরাতন বিপর্য্যয় বলে। পুরাতন বিপর্য্যয় স্ত্রীরোগ চিকিৎসাগ্রন্থে বর্ণিত আছে। এই পুস্তকে কেবল তরুণবিপর্য্যয় বর্ণিত হইবে।

জরায়ুবিপর্য্যয় বর্ণনা। বৃদ্ধিপ্রাপ্ত ও শূন্য জরায়ুর অভ্যন্তর বাহির হইলে বিপর্য্যয় বলা হয়। জরায়ুর অভ্যন্তর আংশিক কি পূর্ণরূপে বাহির হইতে পারে। জরায়ুর বিপর্য্যয় তিন প্রকার। (১) সামান্য প্রকার—ইহাতে জরায়ুস্কন্ধাংশে কেবল একটি বাটির মত গর্ত্ত দেখা যায়।

(২) মধ্যম প্রকার—ইহাতে জরায়ুর ঊর্দ্ধাংশ ভিতরে ঢুকিয়া যায় এমন কি জরায়ুমুখের বাহিরে গোলাকার পিণ্ডের ন্যায় দেখা যায়। ইহাকে অনেকের বহুপাদ বলিয়া ভ্রম হইতে পারে। এই দুই প্রকারকে আংশিক বিপর্য্যয় বলে। (৩) পূর্ণ বিপর্য্যয়—ইহাতে জরায়ুর অভ্যন্তর পূর্ণরূপে বাহির হইয়া পড়ে এমন কি যোনির বাহিরে আসিয়া উরুদ্বয়ের মধ্যে ঝুলিতে থাকে।

ইহার লক্ষণ। জরায়ুর পূর্ণ বিপর্য্যয় হইলে লক্ষণ সকল অতি স্পষ্ট দেখা যায়; কিন্তু আংশিক বিপর্য্যয় হইলে প্রায় জানা যায় না। পূর্ণ বিপর্য্যয় হইলে সংজ্ঞালোপ হয়, নাড়ী ক্ষুদ্র, দ্রুত ও ক্ষীণ হয় এবং সময়ে সময়ে

আক্ষেপ ও বমন হয়, চর্ম্ম শীতল ও ঘর্ম্মাক্ত থাকে। কখন কখন উদরে ভয়ানক বেদনা ও আক্ষেপ হয় এবং ছিঁড়ে পড়ার মত বোধ হয়। রক্তস্রাব প্রায়ই হইয়া থাকে। কখন কখন পরিস্রব আংশিক কি পূর্ণরূপে বিযুক্ত হওয়ায় ভয়ানক রক্তস্রাব হইতে দেখা যায়। জরায়ুপ্রাচীরের অবস্থানুসারে রক্তস্রাবের তারতম্য ঘটে। জরায়ুর যে অংশ বিপর্য্যস্ত না হয় সেই অংশ দৃঢ় সঙ্কুচিত থাকিলে বিপর্য্যস্ত অংশে চাপ পড়ায় রক্তস্রাব অধিক হইতে পারে না। কিন্তু সমগ্র জরায়ু শিথিল থাকিলে অধিক রক্তস্রাব হয়।

ভৌতিক পরীক্ষার ফল।

প্রসবের অব্যবহিত পরেই উক্ত লক্ষণ দেখিলে তৎক্ষণাৎ পরীক্ষা করা আবশ্যক। যোনিমধ্যে অঙ্গুলি চালনা করিলে সমগ্র জরায়ু গোলাকার পিণ্ডের ন্যায় অনুভূত হয় এবং তাহাতে পরিস্রব যুক্ত আছে জানা যায় অথবা আংশিক বিপর্য্যয় হইলে যোনিমধ্যে একটি দৃঢ়, গোলাকার ও কোমল স্ফীত পদার্থ অনুভূত হয়। এই পদার্থ স্পর্শ করিলে বেদনা অনুভূত এবং ইহা ঊর্দ্ধে জরায়ুমুখ পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়। উদরের উপর হস্ত রাখিলে সঙ্কুচিত, গোলাকার জরায়ু অনুভব করা যায় না এবং বাহ্যিক ও আভ্যন্তরিক কৌশলে পরীক্ষা করিলে বিপর্য্যস্ত স্থলে বাটির ন্যায় গর্ত্ত অনুভব করা যায়।

প্রভেদ সূচক নির্ণয়।

প্রসবের অব্যবহিত পরেই এই সকল লক্ষণ দেখিলে ভ্রম হওয়া সম্ভব নহে। অনেক স্থলে বিপর্য্যয় হইবামাত্র কিছু জানা যায় না। কিছুকাল গত হইলে যখন রোগীর দৈহিক লক্ষণ উপস্থিত হয় তখন যোনি পরীক্ষা করিয়া জানা যায়। এই সকল স্থলে সম্ভবত প্রথমে আংশিক বিপর্য্যয় ঘটে কিন্তু বহুকাল অচিকিৎসিত থাকায় ক্রমে পূর্ণবিপর্য্যয় দাঁড়াইয়া যায়। এই সকল স্থলে অথবা পুরাতন বিপর্য্যয় রোগে নির্ণয় করা কিছু কঠিন। জরায়ুজ বহুপাদ রোগের সহিত ইহা ভ্রম হইয়া থাকে। সাবধানে সাউণ্ড্ যন্ত্র প্রবেশ করাইলে ঠিক নির্ণয় করা যায়; কারণ বিপর্য্যয় রোগে সাউণ্ড্ যন্ত্র অধিক দূর যায় না, কিন্তু বহুপাদ হইলে ফাণ্ডাস্ পর্য্যন্ত পৌঁছে।

বিপর্য্যয় যেরূপে উৎপন্ন হয়।

বিপর্য্যয় রোগের কৌশল সম্বন্ধে অনেক মতভেদ আছে।

অনেকে বলেন যে অধিকাংশ স্থলে প্রসবের তৃতীয় অবস্থা সুচারুরূপে

কখন কখন বাহ্যিক আঘাত জন্য উৎপন্ন হয়।

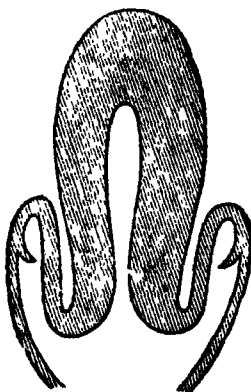
নির্ব্বাহ করিতে না পারিলে জরায়ুবিপর্য্যয় হয়। তৃতীয়াবস্থায় পরিস্রব সংযুক্ত থাকিতে থাকিতে নাভীরজ্জু ধরিয়া টানিলে অথবা ফাণ্ডাসে অযথা চাপ দিলে প্রথমতঃ ফাণ্ডাসে একটি বাটির ন্যায় গর্ত্ত হয়। তাহার পর সেই গর্ত্তটি ক্রমশঃ বৃদ্ধি পাইয়া অবশেষে পূর্ণবিপর্য্যয় ঘটে। এই সকল কারণে যে বিপর্য্যয় ঘটা সম্ভব তাহাতে সন্দেহ নাই। তবে এই কারণ হইতেই যে অধিক ঘটে তাহা নহে। জরায়ুর উপর চাপ দিলে অর্থাৎ মুষ্টি দ্বারা সমগ্র জরায়ু ধৃত না করিয়া কেবল উদরের নিম্নভাগে চাপ দিলে জরায়ু নামিয়া যাওয়া সম্ভব এবং এই কারণে বিপর্য্যয় ঘটিবার কথা অনেক উল্লেখ আছে। ১৮৪৮ খৃঃ অব্দের জুন মাসের "এডিনবার্গ্ মেডিকেল জার্ণাল্" নামক মাসিক পত্রে একটি ঘটনার কথা উল্লেখ আছে। কোন স্ত্রীলোক প্রসবকালে চিকিৎসক না আনাইয়া একটি অজ্ঞ ধাত্রী নিযুক্ত করে। সন্তান ভূমিষ্ঠ হইবার পর ধাত্রী নাভীরজ্জু ধরিয়া টানে এবং প্রসূতিও নিজ উদরে চাপ দেয় ও কোঁথ্ পাড়ে। এরূপ করায় অল্পক্ষণের মধ্যে জরায়ুবিপর্য্যয় ঘটে এবং চিকিৎসক আসিবার পূর্ব্বেই রক্তস্রাব হইয়া প্রসূতির মৃত্যু হয়। এস্থলে উক্ত দুই কারণেই বিপর্য্যয় হইয়াছিল। অনেক স্থলে ধাত্রী উদরে অযথা চাপ দেওয়ায় বিপর্য্যয় ঘটাইয়াছে। জরায়ুর উপর সমভাবে দৃঢ় চাপ দিলে কখন বিপর্য্যয় হইতে পারে না। সুতরাং প্রসবের তৃতীয়াবস্থায় চিকিৎসকের উপস্থিত থাকা আবশ্যক। অনেক স্থলে বাহ্যিক

স্বতোবিপর্য্যয় প্রায় ঘটে।

আঘাত না পাইয়াও আপনা হইতে বিপর্য্যয় ঘটিতে দেখা গিয়াছে। স্বতোবিপর্য্যয় কিরূপে ঘটে তৎসম্বন্ধে অনেক বিভিন্ন মত আছে। অনেকে স্বীকার করেন যে জরায়ুর অসম্পূর্ণ ও অসম সঙ্কোচ হইলে স্বতোবিপর্য্যয় হয়। কিন্তু জরায়ুর নিম্নাংশ ও গ্রীবা শিথিল থাকিয়া কেবল ফাণ্ডাস্ ও জরায়ুদেহের প্রবল সঙ্কোচে বিপর্য্যয় হয়; কিম্বা ফাণ্ডাস্ ও জরায়ু দেহ শিথিল থাকিয়া জরায়ুর নিম্নাংশ ও গ্রীবার অসম সঙ্কোচে বিপর্য্যয় হয়। এই বিষয়ে অনেক বিতণ্ডা আছে। পূর্ব্বমতটি র‍্যাড্‌ফোর্ড ও টাইলার্ স্মিথ্ সাহেব এবং শেষ মতটি ম্যাথিউজ্ ডান্‌ক্যান্ সাহেব স্বীকার করেন।

ডান্‌ক্যান সাহেবের মতের স্বপক্ষে অনেক প্রমাণ দেখা যায়। জরায়ুর

ডান্‌ক্যান্‌ সাহেবের মতের স্বাপক্ষে প্রমাণ।

ফাণ্ডাস্‌ ও দেহের প্রবল সঙ্কোচ বস্তুতঃ থাকিলে এবং গ্রীবা শিথিল থাকিলে ডান্‌ক্যান্‌ সাহেবের মতে স্বাভাবিক অবস্থাই বলা যায়। এই অবস্থা উৎপন্ন করাই আমাদের প্রধান চেষ্টা। কিন্তু ইহার বিপরীত হইলে অর্থাৎ ফাণ্ডাস্‌ শিথিল থাকিলে এবং নিম্নাংশের আক্ষেপিক সঙ্কোচ হইলে "বালিঘড়ির" ন্যায় অবস্থা ঘটে। এই অবস্থায় কোন কারণে ফাণ্ডাস্‌ ঢুকিয়া গেলে সঙ্কুচিত অংশদ্বারা উহা ক্রমশঃ নিম্নে নামিয়া যায় ও পূর্ণবিপর্য্যয় ঘটে। রকিট্যান্‌স্কি প্রভৃতি নিদানবেত্তারা বলেন যে পরিস্রবের সংযোগ স্থলে জরায়ুপ্রাচীর প্রায় শিথিল থাকে। এই মতানুসারে জরায়ুর ফাণ্ডাসের শৈথিল্য ও অবনমন পুর্ব্ব হইতে থাকা অনুমান করিয়া লইতে হয়। প্রসবের তৃতীয়াবস্থা সুচারুরূপে নির্ব্বাহ করিতে না পারিলে ইহা প্রায় ঘটে পুর্ব্বে বলা গিয়াছে। কিন্তু এই প্রকার কারণ না থাকিলে ও প্রসূতি কোঁথ্‌ পাড়িলে অথবা ডান্‌ক্যান্‌ সাহেবের মতে উদরপ্রাচীরের ধারণ ক্ষমতা না থাকিলে ইহা ঘটা সম্ভব। জরায়ুর ফাণ্ডাসের প্রবল সঙ্কোচ আবার সেই সহিত তাহার অবনমন একত্র ঘটা অসম্ভব সুতরাং ডান্‌ক্যান্‌ সাহেবের মতটি যুক্তিসিদ্ধ বলিয়াই বোধ হয়।

টেলার্‌ সাহেবের মত।

নিউইয়র্ক নগরের ডাং টেলার্‌ সাহেব আজকাল আর একটি সম্পূর্ণ বিভিন্নমত প্রকাশ করিয়াছেন। তিনি বলেন যে জরায়ুদেহের ও ফাণ্ডাসের দীর্ঘস্থায়ী স্বাভাবিক প্রবল সঙ্কোচ জন্যইজরায়ুর স্বতোবিপর্য্যয়

ঘটে। গ্রীবা ও জরায়ুর নিম্নাংশ শিথিল থাকায় গুটাইয়া যায় এবং জরায়ু-দেহ ক্রমশঃ কখন কখন একেবারে নিম্নে নামিয়া অবশেষে উল্‌টাইয়া যায়। জরায়ুর আংশিক বিপর্য্যয় যে গ্রীবা হইতেই আরম্ভ হয় তাহা ডান্‌ক্যান্‌ সাহেব নিজ প্রবন্ধে বর্ণনা করিয়াছেন। ইহা যেরূপে ঘটে তাহার চিত্র দেওয়া গিয়াছে।

এইরূপ আংশিক বিপর্য্যয় হইতে কখন কখন পূর্ণ বিপর্য্যয় ঘটা অসম্ভব নহে। কিন্তু টেলার্‌ সাহেবের মত গ্রাহ্য করিবার অনেক আপত্তি আছে। বিপর্য্যয় ঘটিবার পদ্ধতি তিনি যেরূপ বর্ণনা করিয়াছেন তাহা প্রকৃত হইলে ঘটিতে অনেক সময় লাগে কিন্তু জরায়ুবিপর্য্যয় সচরাচর অকস্মাৎ ঘটে এবং একেবারে প্রসূতির অবসাদ লক্ষণের সহিত অত্যন্ত রক্তস্রাব হয়। টেলার্‌ সাহেব জরায়ুসঙ্কোচ যেরূপ অধিক হয় বলিয়া বর্ণনা করেন তাহা সত্য হইলে কখনই এত রক্তস্রাব হইত না।

যত শীঘ্র পারা যায় জরায়ুকে স্বভাবে আনিবার চেষ্টাই বিপর্য্যয় চিকিৎসার মুখ্য উদ্দেশ্য। বিলম্ব করিলে প্রতি মুহূর্ত্তেই জরায়ুকে স্বভাবে আনা দুষ্কর হইয়া উঠে কেন না বিপর্য্যস্ত অংশ স্ফীত হয় ও তাহাতে রক্তসঞ্চলন বন্ধ হয়। কিন্তু তৎক্ষণাৎ স্বভাবে আনিতে চেষ্টা করিলে অপেক্ষাকৃত সহজে আনা যায়। অতএব এস্থলে মুহূর্ত্তমাত্র বিলম্ব করা কখনই কর্ত্তব্য নহে এবং আংশিক বিপর্য্যয় হইলেও তাচ্ছীল্য করা উচিত নহে। প্রসবের পর অকারণে প্রসূতির অবসাদ লক্ষণ কি রক্তস্রাব হইতে দেখিলে সাবধানে যোনি পরীক্ষা করা আবশ্যক। এই নিয়ম অবহেলা করিলে অনেক সময়ে আংশিক বিপর্য্যয় বুঝা যায় না এবং বিলম্ব জানিতে পারিয়া কোন প্রতিকারও করা যায় না। জরায়ু স্বভাবে আনিতে হইলে বিপর্য্যস্ত অংশকে মুষ্টি মধ্যে ধারণ করিয়া বস্তিগহ্বরের এক্সিস্‌ অনুসারে ধীরে ধীরে দৃঢ় ও সমভাবে ঊর্দ্ধদিকে ঠেলিতে হয় এবং সেই সঙ্গে বামহস্ত দ্বারা প্রসূতির উদরোপরি চাপ দিতে হয়। বার্ণিজ্‌ সাহেব বলেন ঠিক ঊর্দ্ধদিকে না ঠেলিয়া পার্শ্বদিকে ঠেলিলে ত্রিকাস্থির প্রমণ্টারিতে লাগিবার আশঙ্কা থাকে না। ম্যাক্‌লিণ্টক্‌ সাহেব বলেন সাধারণত জরায়ুর ফাণ্ডা-

চিকিৎসা।

আংশিক বিপর্য্যয় তাচ্ছীল্য করা উচিত নহে।

জরায়ু স্বভাবে আনিবার পদ্ধতি।

য়ুকে প্রথমে ঠেলিবার যে পরামর্শ দেওয়া হয় তাহার অসুবিধা এই যে এক বারে অনেকখানি প্রবেশ করান কষ্টসাধ্য সুতরাং তাঁহার মতে কাওাসে চাপ দিয়া উহার আয়তন ছোট করিয়া জরায়ুমুখের নিকট যে অংশ থাকে সেই অংশকেই প্রথমে পুনঃপ্রবিষ্ট করান কর্তব্য। ইহা অসাধ্য হইলে মেরিম্যান প্রভৃতি লেখকগণ বলেন যে প্রথমে জরায়ুর একপার্শ্ব বা প্রাচীর ঠেলিয়া তৎপরে অপর পার্শ্ব ঠেলিবার চেষ্টা করিলে ও তৎসঙ্গে ক্রমশঃ উর্দ্ধদিকে জোর দিলে বিপর্য্যস্ত অংশ পুনঃপ্রবিষ্ট হয়। এইরূপ কিয়ৎকাল চেষ্টা করিলে বিপর্য্যস্ত জরায়ু অকস্মাৎ শব্দ করিয়া আপনা হইতে ভিতরে ঢুকিয়া যায়। বিপর্য্যস্ত জরায়ু পুনঃপ্রবিষ্ট হইলে কিয়ৎকাল জরায়ুগহ্বরে হস্ত রাখা আবশ্যক কারণ তাহা হইলে জরায়ুর স্থায়ী সঙ্কোচ উপস্থিত হয়। বার্ণিজ্ সাহেব বলেন এই সময়ে জরায়ুগহ্বরে অধিক জল মিশ্রিত করিয়া পিচকারী দিলে জরায়ু-প্রাচীর সঙ্কুচিত হয় এবং এই দুর্ঘটনা আর ঘটিবার সম্ভাবনা থাকে না। এই সকল প্রক্রিয়া অনুষ্ঠান করিবার সময় প্রসূতিকে ক্লোরোফর্ম্ আঘ্রাণ করাইয়া যে সংজ্ঞাহীন রাখা আবশ্যক তাহা বলা বাহুল্য।

পরিস্রব সম্বন্ধে কি করা কর্তব্য।

যে সময়ে জরায়ুবিপর্য্যয় ঘটে তখন তাহাতে পরিস্রব সংযুক্ত থাকিলে কি করা কর্তব্য এবিষয়ে অনেক মতভেদ আছে। বিপর্য্যস্ত জরায়ু স্বভাবে আনিবার পূর্ব্বেই পরিস্রব বিযুক্ত করা উচিত অথবা প্রথমে জরায়ুকে স্বভাবে আনিয়া তৎপরে বিযুক্ত করা উচিত? প্রথমে পরিস্রব বিযুক্ত করিলে বিপর্য্যস্ত অংশের আয়তন অনেক কমিয়া যায় সত্য বটে এবং জরায়ুকে স্বভাবে আনা সহজ হয় বটে কিন্তু পরিস্রব বিযুক্ত করায় রক্তস্রাব অধিক হইতে পারে। এই জন্য অনেক পণ্ডিতে প্রথমে জরায়ুকে স্বভাবে আনিবার পরামর্শ দেন। কিন্তু পরিস্রব সংযুক্ত থাকিলে জরায়ুকে স্বভাবে আনিতে বিলম্ব অথবা কষ্ট হইলে অবিলম্বে পরিস্রব বিযুক্ত করিয়া সত্বর জরায়ু পুনঃপ্রবিষ্ট করান কর্তব্য।

প্রসবের পর কিছু বিলম্বে জরায়ু বিপর্য্যয় আনিতে পারিলে

জরায়ুবিপর্য্যয় ঘটিবার এক সপ্তাহ অথবা দুই সপ্তাহ পর উহা জানিতে পারিলে উক্ত চিকিৎসা অবলম্বন করিতে হয় কিন্তু তখন চিকিৎসা করা বড়ই কষ্টকর এবং যত বিলম্ব হয় ততই দুঃসাধ্য হইয়া উঠে। যাহা হউক তখনও জরায়ুকে

কিকরা কর্ত্তব্য। স্বভাবে আনিতে চেষ্টা করিলে প্রায়ই সফল হওয়া যায়। সফল না হইলে রবারের থলী জলপূর্ণ করিয়া যোনিমধ্যে রাখিয়া যাহাতে ক্রমাগত চাপ পড়ে তাহা করা উচিত। পীড়া অধিক পুরাতন না হইলে ইহা দ্বারা কৃতকার্য্য হওয়া যায়। উক্ত উপায়ে ২৪ কিম্বা ৪৮ ঘণ্টা পর্য্যন্ত চাপ দিয়া তৎপরে বিপর্য্যস্ত জরায়ুকে পুনঃপ্রবিষ্ট করিলে এবং পীড়া অধিক পুরাতন না হইলে প্রায়ই সফল হওয়া যায়।

চতুর্থভাগ।

ধাত্রীবিদ্যা সম্বন্ধীয় শস্ত্রক্রিয়া।

প্রথম পরিচ্ছেদ।

অকাল প্রসব অনুষ্ঠান।

ধাত্রীচিকিৎসা করিতে গেলে যত প্রকার শস্ত্রক্রিয়া করা আবশ্যক তন্মধ্যে ইতিবৃত্ত। প্রথমে অকাল প্রসব অনুষ্ঠান করিবার পদ্ধতি বর্ণনা করা যাইতেছে। কর্সেপ্‌সের ন্যায় এই প্রক্রিয়াটিও প্রথমে বিলাতে উদ্ভাবিত ও প্রচলিত হয়। প্রথম প্রথম ইহার বিরুদ্ধে সর্ব্বত্র আপত্তি উপাপিত করা হয়। কিন্তু এখন সকলেই একবাক্যে ইহার উপযোগিতা স্বীকার করেন। কোন্ ব্যক্তি কর্ত্তৃক সর্ব্ব প্রথমে ইহা উদ্ভাবিত হয় তাহা নিশ্চিত জানা নাই। ডেন্‌ম্যান্ সাহেব বলেন যে ১৭৫৬ খৃঃ অব্দে লণ্ডন নগরের প্রসিদ্ধ চিকিৎসকগণ ইহার উপযোগিতা সম্বন্ধে আন্দোলন করেন। অবশেষে সকলেই স্বীকার করেন যে এই প্রক্রিয়া দ্বারা আবশ্যকমত মহোপকার হয়। ইহার কিছু পরে ডাং মেকলে সাহেব লণ্ডন নগরের ষ্ট্রাণ্ড পল্লীর একজন বস্ত্রব্যবসায়ীর স্ত্রীকে অকালে প্রসূত করেন। এই সময় হইতেই উক্ত প্রক্রিয়া গ্রেট্ ব্রিটেন

দ্বীপে বহুলরূপে প্রচারিত হইয়া অনেক প্রসূতি ও সন্তানের জীবন রক্ষা করা হইয়াছে। ইউরোপ খণ্ডের অন্যান্য দেশে অনেক বিলম্বে ইহা অনুমোদিত ও প্রচারিত হয়। জার্মানি দেশে যদিও অনেক খ্যাতনামা পণ্ডিত কর্তৃক ইহা অনুমোদিত হইয়াছিল তথাপি ১৮০৪ খৃঃ অঃ পূর্ব্বে ইহা কখন অনুষ্ঠিত হয় নাই। ফ্রান্সে বহুকাল অবধি ইহার বিপক্ষতাচরণ করা হয় এবং ১৮২৭খৃঃ অঃ পর্য্যন্ত "একাডেমি অফ্ মেডিসিন্" নামক বিজ্ঞ সমাজে ইহা অনাদৃত ছিল। তাঁহারা বলিতেন যে ইহার অনুষ্ঠানে ধর্ম্মের অপলাপ হয়। অনেকে ইহাদ্বারা কি ইষ্টলাভ হয় তাহা জানিতেন না। ১৮৩১ খৃঃ অঃ পূর্ব্বে কখনই ইহা অনুষ্ঠিত হয় নাই। উক্ত খৃঃ অব্দে ষ্টোল্টজ্ সাহেব ইহা অনুষ্ঠান করিয়া সফল হন। সেই সময় হইতেই ইহার বিপক্ষদল কমিয়া গিয়াছে এবং আজকাল ফ্রেঞ্চ পণ্ডিত মাত্রেই ইহার প্রশংসা করেন।

ইহার উদ্দেশ্য। প্রসূতির কি সন্তানের কি উভয়ের নিরাপদ জন্য অকাল প্রসব করাইতে হয়।

যথায় পূর্ণকালে প্রসব হইলে প্রসূতি কি সন্তানের বিপদ ঘটিবার সম্ভাবনা তথায় অকাল প্রসব করাইয়া বিপদাশঙ্কা হ্রাস করাই ইহার উদ্দেশ্য। সুতরাং কেবল প্রসূতির নিরাপদ অথবা কেবল সন্তানের নিরাপদ অথবা উভয়ের নিরাপদ জন্যই অকালপ্রসব করান উচিত।

বস্তিগহ্বর ও ভ্রূণের সামঞ্জস্য না থাকিলে ইহা করিতে হয়।

অনেকস্থলে প্রসূতির কোন প্রকার গঠনবিকৃতি জন্য তাহার বস্তিগহ্বরের সহিত ভ্রূণের সামঞ্জস্য না থাকিলে অকাল প্রসব করাইতে হয়। জরায়ুমধ্যে অথবা বস্তিগহ্বরে অর্ব্বুদ হইলে এই সামঞ্জস্যের অভাব হইতে পারে। সচরাচর বস্তিগহ্বরের গঠনবিকৃতি জন্যই সামঞ্জস্যের অভাব হয়। বস্তিগহ্বরের গঠন বিকৃতি পূর্ব্বে বর্ণিত হইয়াছে সুতরাং পুনর্ব্বর্ণনের আবশ্যক নাই। যে সকল অসাধারণ কারণে অকাল প্রসব করাইবার আবশ্যক হয় তাহাই সংক্ষেপে এস্থলে বলা যাইতেছে।

প্রসূতির শারীরিক অবস্থা মন্দ হইলে।

ভ্রূণমস্তক স্বভাবতঃ বড় থাকিলে কিম্বা অত্যন্ত দৃঢ় অস্থিতে পরিণত হইলে অকাল প্রসব করাইতে হয়। গর্ভকালীন পীড়া অধ্যায়ে কেনে কোন পীড়ায় অকাল প্রসব করাইতে হয় বলা গিয়াছে। গর্ভাবস্থায় বমন রোগ কোন মতে আরোগ্য করিতে না পারিলে

ও প্রসূতির জীবন সংশয় দেখিলে অকালপ্রসব করাইতে হয়। কোরিয়া বা তাণ্ডব রোগ, এলবুমিনিউরিয়া, আক্ষেপ অথবা উন্মাদ, অধিক শোথ, উদরী অথবা হৃৎপিণ্ডের কি ফুসফুসের কি যকৃতের পীড়া জন্য শ্বাসকৃচ্ছ্রতা এই সমস্ত রোগই বৃদ্ধিপ্রাপ্ত জরায়ুর চাপ হইতে উৎপন্ন হইতে পারে। সংক্ষেপে বলিতে গেলে, যদি প্রসূতির এমন অবস্থা ঘটে যে প্রসব না করাইলে বিপদ এবং করাইলে প্রসূতি নিরাপদ হইতে পারে তাহা হইলে অকালপ্রসব করান উচিত। কিন্তু ইহাও স্মরণ রাখা উচিত যে গর্ভস্থ জীবকে অকারণে বাঁচিতে না দিলে ভ্রূণহত্যা করা হয় সুতরাং এসকল স্থলে বিধিমতে বিচার করিয়া কার্য্য করা কর্ত্তব্য। বিশেষতঃ সন্তান ভূমিষ্ঠ হইয়া জীবিত থাকিবার আশা না থাকিলে বিশেষ বিবেচনার সহিত কার্য্য করিতে হয়। এই বিষয়ে সাধারণ নিয়ম কিছুই নাই, প্রত্যেক স্থলে অবস্থানুসারে কার্য্য করা কর্ত্তব্য। গর্ভিণী যতই পূর্ণকালের দিকে অগ্রসর হয় ততই সন্তানের জীবিতাশা অধিক হয়। এইকালে প্রসূতিকে রক্ষা করিবার অভিপ্রায়ে অকালপ্রসব করাইলে কোন প্রত্যবায় নাই।

কতকগুলি স্থলে কেবল সন্তানকে রক্ষা করিবার জন্যও অকালপ্রসব অনুষ্ঠিত হয়। যেস্থলে পূর্ণকালে প্রসব হইবার পূর্ব্বে সন্তানের শারীরিক অবস্থা মন্দ হইলে। প্রতিবারে সন্তান মরিয়া যায়। তথায় ইহা অনুষ্ঠান করিতে হয়। পরিস্রবের মেদাপকৃষ্টতা, চূর্ণাপকৃষ্টতা (ক্যাল্‌কেরীয়াস্ ডিজেনারেশন্) অথবা উপদংশজনিত অপকৃষ্টতা হইলে উহার কার্য্য সুসম্পাদিত না হওয়ায় সন্তান প্রতিবারে মারা পড়ে। কিন্তু পরিস্রবের অপকৃষ্টতা, গর্ভকাল অগ্রসর না হইলে, প্রায় আরম্ভ হয় না সুতরাং এস্থলে অকালপ্রসব করাইলে সন্তান জীবিতাবস্থায় ভূমিষ্ঠ হইবার সম্ভাবনা। সন্তান গর্ভমধ্যে মৃত হইলে প্রসূতি উহার নড়ন চড়ন অনুভব করিতে পারে না এবং গর্ভমধ্যে ভার ও শীতলতা বোধ করে। এই সকল লক্ষণদ্বারা প্রসূতি সন্তানের মৃত্যু উপলব্ধি করিতে পারে এবং প্রসূতির নিকট এই সময়টি নিরূপণ করিয়া লইয়া ইহার কয়েক সপ্তাহ পূর্ব্ব হইতে ষ্টেথস্কোপ্ যন্ত্র দ্বারা ভ্রূণহৃৎপিণ্ডের শব্দ প্রত্যহ শ্রবণ করিতে হয়। ঐ শব্দ অসম ও গোলমেলে অথবা মৃদু ও ক্ষীণ হইতেছে বুঝিতে পারিলে তৎক্ষণাৎ অকালপ্রসব করাইলে সন্তান বাঁচিয়া যাইতে পারে।

কোন প্রসূতি ক্রমান্বয়ে দুইবার মস্তিষ্কোদক রোগযুক্ত সন্তান প্রসব করে। কিন্তু ডাং সিম্‌সন্‌ অকালপ্রসব করাইয়া তৃতীয় সন্তানটি সুস্থ ও জীবিত ভূমিষ্ঠ করান। প্রসূতির মারাত্মক পীড়া হইলে কোন কোন ধাত্রীবিদ্যাবিৎ পণ্ডিত সন্তানকে রক্ষা করিবার জন্য অকালপ্রসব করাইতে পরামর্শ দেন। কিন্তু এই অবস্থায় অকালপ্রসব করান কতদূর ধর্ম্মসঙ্গত তাহা বলা যায় না।

প্রসূতির মারাত্মক পীড়া হইলে অকাল প্রসব।

অকালপ্রসব করাইবার বিভিন্ন উপায় আছে। এই সকল উপায়ের মধ্যে কতকগুলি, প্রসূতির রক্তে মিশ্রিত হইয়া কার্য্য করে যথা আর্গট্‌ প্রভৃতি জরায়ুর উত্তেজক ঔষধি প্রয়োগ। আবার কতকগুলি উপায় দূর হইতে কার্য্য করিয়া জরায়ু-সঙ্কোচ উপস্থিত করে। অপর কতকগুলি ভ্রূণ-সংযোগ বিচ্ছিন্ন করিয়া কার্য্য করে। এই শেষ দুই উপায় একত্র মিলিয়া কোন কোন স্থলে কার্য্য করে। যোনিমধ্যে শীতল জল প্রয়োগ, ভ্রূণঝিল্লী জরায়ুপ্রাচীর হইতে বিচ্ছিন্ন করা, অণ্ড ভেদ করা, জরায়ুমুখ উন্মুক্ত করা, উত্তেজক পিচকারী দেওয়া অথবা স্তনে উত্তেজনা করা এই সকল উপায়ে অকালপ্রসব করান হয়। আজকাল আর্গট্‌ প্রভৃতি প্রয়োগ করিবার প্রথা নাই। শেষে যে সকল উপায় বর্ণিত হইল তাহার কোন কোনটি কোন কোন স্থলে বিশেষ উপযোগী। সকল স্থলে সকলগুলি সমান কার্য্যকারী নহে। সচরাচর একাধিক উপায় একত্রে অবলম্বন করিলে বিশেষ ফল হয়। আজকাল যে সকল উপায় প্রচলিত আছে তাহা নিম্নে সবিস্তার বর্ণনা করা যাইতেছে। ইহাদের প্রত্যেকের সুবিধা ও অসুবিধা বর্ণনা করা যাইবে।

অকালপ্রসব করাইবার বিভিন্ন পদ্ধতি ও কার্য্যপ্রণালী।

ডেনম্যান্‌ প্রভৃতি প্রাচীন লেখকগণ ভ্রূণঝিল্লী ভেদ করিয়া লাইকর এম্‌নিয়াই বাহির করিয়া দিতে পরামর্শ দেন। এই উপায়ে শীঘ্র কি বিলম্বে নিশ্চয়ই জরায়ুসঙ্কোচ উপস্থিত হয়। কিন্তু ইহার কতকগুলি অসুবিধা আছে বলিয়া সর্ব্বত্র ইহা অনুষ্ঠান করা যায় না। ভ্রূণঝিল্লী ভেদ করিবার কতক্ষণ পরে জরায়ুসঙ্কোচ উপস্থিত হইবে তাহা বলা যায় না। কখন কখন কয়েক ঘণ্টার মধ্যেই জরায়ুসঙ্কোচ উপস্থিত হয় কখন বা কয়েক দিন লাগে। দ্বিতীয় অসুবিধা এই যে ভ্রূণঝিল্লী ভেদ করিলে সঙ্কুচিত জরায়ুর

ভ্রূণঝিল্লী ভেদ।

চাপ একেবারে ভ্রূণদেহে পড়ে এবং সেই সময়ে ভ্রূণ অপক্ব ও ক্ষীণ থাকায় সেই চাপ সহ্য করিতে না পারিয়া মারা পড়িতে পারে। তৃতীয় অসুবিধা এই যে জল নির্গত হইয়া যাওয়ায় ফ্লুইড ওয়েজের অভাবে জরায়ুমুখ উন্মুক্ত হইবার বিঘ্ন ঘটে। এই কালে প্রায়ই ভ্রূণের অস্বাভাবিক অবস্থান থাকে সুতরাং ইহা সংশোধন করিবার নিমিত্ত অথবা বিবর্ত্তন প্রভৃতি প্রক্রিয়া করিবার নিমিত্ত জরায়ুমুখ উন্মুক্ত থাকা আবশ্যক। কিন্তু লাইকর্ এম্নিয়াই বাহির হইয়া গেলে জরায়ুমুখ উন্মুক্ত হইবার বিঘ্ন ঘটে। এই সকল আপত্তি থাকায় ভ্রূণঝিল্লী ভেদ করিতে প্রথমে অনেকে স্বীকার করেন না; তবে অন্য উপায় অবলম্বন করিয়া কৃতকার্য্য না হইলে অবশেষে এই উপায় অবলম্বন করিতে হয়। কখন কখন এরূপ দেখা যায় যে জরায়ু কোন ক্রমেই সঙ্কুচিত হয় না তখন আপত্তি থাকিলেও এই উপায়ে মহোপকার হয়। সপ্তম মাসের পূর্ব্বে অকালপ্রসব করান আবশ্যক হইলে এই সকল আপত্তি খাটে না, তখন এই উপায়ই সর্ব্বাপেক্ষা সহজ। কারণ তখন সন্তান ভূমিষ্ঠ হইয়া প্রায় বাঁচে না। ভ্রূণঝিল্লী ভেদ করা বড় সহজ। একটি হংসপুচ্ছ অথবা ষ্টিলেটযুক্ত ক্যাথিটার্ কি অন্য কোন উপযুক্ত যন্ত্র সাবধানে জরায়ুমুখে প্রবিষ্ট করাইতে হয়। কিন্তু প্রবেশ করাইবার পূর্ব্বে প্রথমে বাম হস্তের অঙ্গুলি জরায়ুমধ্যে রাখা আবশ্যক। তাহার পর ঝিল্লীতে ধীরে ধীরে চাপ দিয়া উহা ভেদ করিতে হয়। লিপ্‌জিক্‌নগরের মিসনার্ সাহেব বলেন যে জরায়ুমুখের তিন ইঞ্চ ঊর্দ্ধে ভ্রূণঝিল্লী তির্য্যকভাবে ভেদ করা উচিত, কেন না তাহা হইলে লাইকর্ এম্নিয়াই একেবারে বাহির না হইয়া ক্রমে ক্রমে বাহির হয় ও সন্তানের উপর জরায়ুর চাপ অধিক লাগিতে পায় না। এই জন্য তিনি বলেন যে রৌপ্যনির্ম্মিত একটি বক্র ক্যানুলা ও ট্রোকার্ যন্ত্র প্রবেশ করাইয়া ঝিল্লী ভেদ করা আবশ্যক; কিন্তু ইহদ্বারা জরায়ুতে আঘাত লাগিবার আশঙ্কা অধিক। ইহা অপেক্ষা উত্তম উপায়ে ঝিল্লী ভেদ করা যাইতে পারে, সুতরাং মিসনার্ সাহেবের প্রণালী অনাবশ্যক। গর্ভস্রাব শীঘ্র করাইতে হইলে তীক্ষ্ণ যন্ত্র দ্বারা ঝিল্লী ভেদ করা কখন উচিত নহে। জরায়ুর সাউণ্ড্ যন্ত্র জরায়ুমুখে প্রবিষ্ট করাইয়া দুই একবার ঘুরাইয়া দিলে কার্য্যসিদ্ধি হয়।

কখন কখন একমাত্র আর্গট্ অফরাই অথবা বোরাক্স ও সিনামন মিশ্রিত

জরায়ুর-উত্তেজক ঔষধি প্রয়োগ।

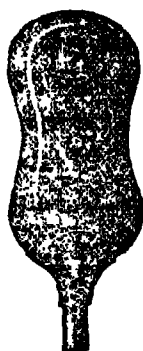
আর্গট্ প্রয়োগ করিতে দেখা যায়। র‍্যাম্‌সবটাম্ সাহেব এই প্রণালীতে যতক্ষণ প্রসব না হয় ৪ ঘণ্টা অন্তর ২০ গ্রেণ্ মাত্রায় আর্গট্ চূর্ণ প্রয়োগ করিতেন। তিনি বলেন যে সময়ে ৩০। ৪০ বার ঔষধ প্রয়োগ করায় প্রসব হইয়াছে আবার কখন কখন একবার মাত্র দেওয়ায় প্রসব হইয়াছে। এই প্রণালীতে সন্তানের মৃত্যুসংখ্যা অত্যন্ত অধিক হয় দেখিয়া তিনি অবশেষে তিন চারিবার প্রয়োগ করিতেন। তাহাতে ফল না দর্শিলে ঝিল্লী ভেদ করিয়া দিতেন। আর্গট্ দ্বারা যে জরায়ুসঙ্কোচ উপস্থিত হয় তাহাতে সন্দেহ নাই। ইহাদ্বারা ভ্রূণের যেরূপ অনিষ্ট ঘটে ঝিল্লীভেদ করিলেও সেইরূপ হয়। আর্গট্ প্রয়োগে কেবল যে জরায়ুর অসম সঙ্কোচ হইয়া ভ্রূণের অনিষ্ট হয় তাহা নহে, ইহাদ্বারা ভ্রূণ বিষাক্তও হয়। এই সকল কারণে আর্গট্ প্রয়োগ নিষিদ্ধ।

যেসকল উপায়ে দূর-সম্বন্ধে জরায়ুসঙ্কোচ উপস্থিত হয়।

দূরসম্বন্ধে জরায়ুসঙ্কোচ উপস্থিত করিবার বিবিধ উপায় আছে। ডাউ-টি পোঁ সাহেব উদরের উপর ঘর্ষণ করিতে ও উদর দৃঢ়রূপে বন্ধন করিতে পরামর্শ দেন। স্কান্‌জনি সাহেব বলেন যে স্ত্রীলোকদিগের স্তনের সহিত জরায়ুর নিকট-সম্বন্ধ আছে। স্তন উত্তেজিত করিলে জরায়ুসঙ্কোচ হয়। সুতরাং তিনি স্তনে কাপিং বা শিঙ্গা লাগাইতে বলেন। র‍্যাড্‌ফোর্ড প্রভৃতি সাহেবেরা গ্যাল্‌বানিক্ তাড়িং ব্যবহার করিতে বলেন। অনেকে উত্তেজক ঔষধির পিচ-কারি ব্যবস্থা করেন। ইহাদ্বারা সন্তানের কোন বিপদ হয় না। কিন্তু ইহাদের কার্য্য অনিশ্চিত বলিয়া নির্ভর করা যায় না এবং সম্পাদন করিতে ক্লেশ হয়।

কৃত্রিম উপায়ে জরায়ু-মুখ বিস্তার।

প্রসবের সময় জরায়ুমুখ যে উপায়ে স্বভাবতঃ উন্মুক্ত হয় তাহা অনুকরণ করিয়া ক্লুগ সাহেব এক উপায় উদ্ভাবন করিয়াছেন। তিনি জরায়ুমুখে স্পঞ্জ্ নির্ম্মিত টেণ্ট্ প্রবিষ্ট করাইয়া দিতেন। ঐ স্পঞ্জ্ ক্রমশঃ জল শোষণ করিয়া স্ফীত হইত। এই উপায়ে ২৪ ঘণ্টা মধ্যে প্রসব বেদনা উপস্থিত না হইলে তিনি উহা খুলিয়া আর একটি বড় টেণ্ট্ প্রবিষ্ট করাইতেন। এইরূপে যতক্ষণ প্রসববেদনা উপস্থিত না হয় ততক্ষণ উহা বদলাইতেন। ইহাদ্বারা প্রসববেদনা নিশ্চিত উপস্থিত হয় বটে তবে অসুবিধা এই যে অত্যন্ত বিলম্ব ও কষ্ট হয়। এডিন্‌বার্গ্ নগরের ডাং কিলান্‌

বায়ুপূর্ণ রবারের থলীদ্বারা জরায়ুমুখ উন্মুক্ত করিতে পরামর্শ দেন। ডাঃ বার্ণিজ্ ইহার উন্নতি করিয়া তাঁহার বিখ্যাত জরায়ু-মুখ বিস্তারক যন্ত্র প্রস্তুত করিয়াছেন। এই যন্ত্র বিভিন্ন আকারের কতকগুলি রবারের থলীদ্বারা নির্ম্মিত এবং একটি নলীযুক্ত। এই নলীতে হিগিন্‌সনের পিচকারি দ্বারা জল প্রবিষ্ট করান যায়। এই ক্ষুদ্র থলীতে সাউণ্ড্ যন্ত্র প্রবেশ করাইলে শীঘ্র বিস্তারক যন্ত্র প্রবেশ করান যায়। এই সকল থলী জলপূর্ণ করিলে বেহালার ন্যায় আকার হয়।

মধ্যস্থল ক্ষীণ ও উভয় দিকে মোটা বলিয়া জরায়ুমুখে থাকিবার সুবিধা হয় এই যন্ত্র প্রথমে প্রচলিত হইবার সময় অনেকে বলিয়াছিলেন যে ইহাদ্বারা ইচ্ছামত প্রসব করান যায়। যাঁহারা ইহা ইহা অধিক ব্যবহার করিয়াছেন তাঁহারা ইহা স্বীকার করেন না। সময়ে সময়ে জরায়ুমুখ বিস্তৃত হইতে আরম্ভ করিলেই প্রসববেদনা উপস্থিত হয় সত্য বটে, কিন্তু অনেক সময়ে বহুক্ষণ পর্য্যন্ত জরায়ুমধ্যে রাখিয়াও ইচ্ছামত ফল পাওয়া যায় না। তখন ঝিল্লিভেদ করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। ডাঃ প্লেফেয়ার্‌ও বলেন যে জরায়ুসঙ্কোচ উপস্থিত করিবার জন্য গ্রীবাবিস্তারক যন্ত্রের উপর নির্ভর করা যায় না। বার্ণিজ্‌ও আজকাল স্বীকার করেন যে প্রথমে অন্য উপায়ে জরায়ুসঙ্কোচ উপস্থিত করিয়া তৎপরে তাঁহার বিস্তারক যন্ত্র ব্যবহার করিলে শীঘ্র প্রসব হয়। বস্তুতঃ প্রথমে জরায়ুসঙ্কোচ অন্য উপায়ে উপস্থিত করিয়া তৎসঙ্গে বিস্তারক যন্ত্র ব্যবহার করিলেই বিশেষ ফল দর্শে। জরায়ুসঙ্কোচ উপস্থিত করিবার জন্য

ক্রিয়ার উপর নির্ভর করা কর্ত্তব্য নহে। এই যন্ত্র ব্যবহারে আর এক আপত্তি এই যে ইহা প্রবিষ্ট করিলে ভ্রূণের নির্গমনোন্মুখ অঙ্গ সরিয়া যায়। ডাং ব্রেক্সেয়ার্ অনেক স্থলে মস্তকাগ্রসর প্রসবে এই যন্ত্র প্রবেশ করায় বাহির করিবার সময় ভ্রূণের স্কন্ধ অগ্রসর হইতে দেখিয়াছেন। ঝিল্লীভেদ না হইলে সামান্য চাপেই ভ্রূণ নড়িয়া বেড়ায় সুতরাং এই যন্ত্রদ্বারা ক্রমাগত চাপ পাইয়া ভ্রূণ যে স্থান পরিবর্ত্তন করিবে তাহা বিচিত্র নহে। যাহা হউক প্রসববেদনা উপস্থিত থাকিয়া যদি জরায়ুমুখ উন্মুক্ত না হয় তাহা হইলে সকল আপত্তি স্বত্বেও এই যন্ত্র ব্যবহার করা উচিত।

ঝিল্লী বিযুক্ত করা।

জরায়ুপ্রাচীর হইতে ঝিল্লী বিযুক্ত করানই প্রসববেদনা উপস্থিত করিবার আর এক উপায়। এডিন্‌বার্গ্ নগরের ডাং হামিল্‌টন্ প্রথমে এই উপায় উদ্ভাবিত করেন। তিনি বলেন যে জরায়ুর নিম্নখণ্ডে ১।২ ইঞ্চ্ পরিমিত স্থল হইতে ক্রমে ক্রমে ঝিল্লী বিযুক্ত করা উচিত। জরায়ুমুখ ক্রমে ক্রমে উন্মুক্ত করিয়া অঙ্গুলি ধীরে ধীরে জরায়ুর অন্তর্মুখে প্রবিষ্ট করাইতে হয়। জরায়ুমুখ একেবারে উন্মুক্ত না করিয়া ৩।৪ ঘণ্টা অন্তর উন্মুক্ত করিবার চেষ্টা করা উচিত। জরায়ুমুখ উন্মুক্ত হইলে তর্জ্জনী প্রবেশ করাইয়া জরায়ু ও ঝিল্লীর ব্যবধানে ঘুরাইতে হয়। কিন্তু অনেক সময়ে সমগ্র কর প্রবিষ্ট না করাইলে ঝিল্লী বিযুক্ত করা যায় না। কখন কখন ইহাতেও কৃতকার্য্য না হইয়া স্ত্রীক্যাথিটার কি অন্য কোন যন্ত্র প্রবেশ করাইতে হয়। এই উপায়ে অনেক স্থলে সফল হওয়া যায়, কিন্তু কখন কখন ডাং হ্যামিল্‌টন্ও ইহাদ্বারা কৃতকার্য্য হন নাই। এই উপায়টি যুক্তিসিদ্ধ হইলেও ইহার অনুষ্ঠান প্রসূতি ও চিকিৎসক উভয়ের পক্ষে কষ্টকর। ইহার ক্রিয়া প্রকাশ পাইবার সময়েরও স্থিরতা নাই। এই সকল কারণে ইহা অধিক প্রচলিত হয় নাই।

যোনি ও জরায়ুর মধ্যে জল প্রয়োগ।

১৮৩৬ খৃঃ অব্দে কিউইস্ সাহেব যে উপায় উদ্ভাবিত করেন, তাহা সহজ বলিয়া অনেকে অনুমোদন করেন। শীতল কি গরম জল মধ্যে মধ্যে জরায়ুমুখে পিচকারীদ্বারা দেওয়াই এই উপায়। ইহাদ্বারা কিরূপে কার্য্যসাধন হয় বলা যায় না। কিউইস্ সাহেব বলেন যে জলসেকদ্বারা প্রসূতির কোমলাংশ শিথিল হওয়ায় প্রসব হইয়া যায়। ডাং সিম্‌সন্ বলেন যে জলসেকদ্বারা ঝিল্লী বিযুক্ত না হইলে এই উপায়ে

প্রসব হয় না। জলসেকদ্বারা যোনি পূর্ণ ও জরায়ুমুখ উন্মুক্ত হয় বলিয়া প্রসববেদনা উপস্থিত হয়। দিবসে দুইবার জলসেক করিলেই চলে তবে শীঘ্র প্রসব করাইতে হইলে অধিকবার আবশ্যক। কিউইস্ সাহেব বলেন যে কোন কোন স্থলে ঊর্দ্ধসংখ্যা ১৭ বার কোন কোন স্থলে অন্যূন ৫ বার জলসেক করিতে আবশ্যক হয়। জলসেক করিলে অন্যূন ৪ দিনের মধ্যে প্রসব হয়। সুতরাং শীঘ্র প্রসব আবশ্যক হইলে এই উপায়ে কোন ফল নাই। হাম্বার্গ্ নগরের ডাং কোহেন্ এই প্রথা কিঞ্চিত পরিবর্ত্তিত করিয়া অনেক উন্নতি সাধন করিয়াছেন। তাঁহার পরিবর্ত্তিত প্রথা বহুপ্রচলিত হইয়াছে। তিনি বলেন যে রৌপ্য কি রবারের একটি ক্যাথিটার্ যন্ত্র জরায়ুমুখে প্রবিষ্ট করাইয়া ঝিল্লী ও জরায়ুপ্রাচীরের মধ্যে চালিত করিতে হয় এবং ঐ ক্যাথিটারের ছিদ্রে পিচকারির দ্বারা জল জরায়ুগহ্বরে প্রবেশ করাইতে হয়। তিনি জলের সহিত ক্রিওজোট কি টার্ মিশ্রিত করিতে বলেন এবং যতক্ষণ পর্য্যন্ত প্রসূতি জরায়ু-স্ফীতি অনুভব না করে ততক্ষণ ঐ ঔষধির পিচকারি দিতে বলেন। অন্যান্য পণ্ডিতেরা কেবল বিশুদ্ধ জল ৭। ৮ আউন্স্ পরিমাণে পিচকারীদ্বারা প্রবিষ্ট করাইয়া সমান ফল পাইয়াছেন বলিয়া থাকেন। চার্কফ্ নগরের অধ্যাপক ম্যাজারউইচ্ সাহেব এই শেষ প্রথার পক্ষপাতী। তিনি বলেন যে জরায়ুর কাওাসে বিশুদ্ধ জলের পিচকারি দিলে জরায়ুসঙ্কোচ অতি সত্বর উপস্থিত হয়। কাওাসে পিচকারি দিবার জন্য তিনি একটি যন্ত্র নির্ম্মান করিয়াছেন ঐ যন্ত্রের মুখ ধাতুনির্ম্মিত।

উপরে যেসকল প্রণালীর উল্লেখ করা গেল তাহাতে এত অধিক লোকের মৃত্যু হইয়াছে যে উহা সহজ ও নিশ্চিত কার্য্যকারী হইলেও একেবারে নিরাপদ নহে। বার্ণিজ্ সাহেবের পুস্তকে এইরূপ মৃত্যুঘটনা অনেকগুলি লিখিত আছে। তিনি এই সিদ্ধান্ত করিয়াছেন যে অকালপ্রসব করাইতে যোনি কি জরায়ুর মধ্যে জল প্রবেশ করান কোন ক্রমেই উচিত নহে। যোনি কি জরায়ুর মধ্যে জল প্রবেশ করাইলে কেন যে বিপদ ঘটে তাহা নিশ্চিত জানা যায় নাই। অনেকে অনুমান করেন যে অকস্মাৎ জরায়ু স্ফীত করিলে গর্ভিণীর অবসাদ জন্মিয়া বিপদ ঘটে। কিন্তু যেসকল স্থলে গর্ভিণীর মৃত্যু হইয়াছে তাহার মধ্যে অধিকাংশরই শিরা-

এই সকল প্রণালীতে কি কি বিপদ ঘটিতে পারে।

মধ্যে বায়ু প্রবেশের লক্ষণ উপস্থিত হওয়ায় মৃত্যু ঘটিয়াছে। জরায়ুস্থ বড় বড় খাতে কিরূপে বায়ু প্রবেশ করে তাহা সহজেই বুঝা যায়।

অঙ্গারাম্ল-বায়ুর পিচকারী। সিম্‌সন্ ও স্কানুজোনী সাহেবদ্বয় যোনিমধ্যে অঙ্গারাম্লবায়ুর পিচকারি দ্বারা অনেক স্থলে কৃতকার্য্য হইয়াছেন। কিন্তু ইহাতেও অনেকের মৃত্যু ঘটায় সিম্‌সন্ সাহেব ইহার ব্যবহার নিষেধ করিয়াছেন।

সিম্‌সনের কার্য্যপ্রণালী। জরায়ুমধ্যে সাউণ্ড্ যন্ত্র প্রবেশ করাইতে সিম্‌সন্ সাহেব প্রথমে উপদেশ দেন। তিনি বলেন যে সাউণ্ড যন্ত্র জরায়ুর মুখে দিয়া ক্রমশঃ ঊর্দ্ধে ফাণ্ডাসের দিকে চলিত করিবে। কতকদূর প্রবিষ্ট হইলে এক পার্শ্ব হইতে অপর পার্শ্বে নাড়িবে। পূর্ণকালে প্রসব হইলে ডেসিডুয়া যেরূপ বিচ্ছিন্ন হয় তাহার অনুকরণে সিম্‌সন্ সাহেব এই প্রণালী উদ্ভাবিত করেন। এই উপায়ে জরায়ুসঙ্কোচ সহজে ও নিশ্চিতরূপে উপস্থিত করা যায়। কিন্তু এই প্রক্রিয়া অনুষ্ঠান করিলে কতক্ষণের মধ্যে প্রসববেদনা উপস্থিত হয় তাহা বলা যায় না এবং ইহা একাধিকবার অবলম্বন করা আবশ্যক হয়।

নমনশীল ক্যাথিটার্ বা বুজি যন্ত্র প্রবেশ। কিছুদিন পরে সিম্‌সন্ সাহেব এই প্রক্রিয়া পরিবর্ত্তিত করিয়া ষ্টিলেট বিহীন নমনশীল পুরুষক্যাথিটার্ প্রবেশ করাইতেন এবং জরায়ুসঙ্কোচ উপস্থিত না হওয়া পর্য্যন্ত উহা প্রবিষ্ট রাখিতেন। জার্ম্মানি ও বিলাতে এই প্রণালী সর্ব্বদা প্রচলিত। ইহা অতি সহজ ও ফলদায়ক এবং ইহাতে প্রায়ই ২৪ ঘণ্টার মধ্যে প্রসব বেদনা উপস্থিত হয়। কেহ কেহ আপত্তি করেন যে ইহাদ্বারা পরিস্রব ছিন্ন হইয়া রক্তস্রাব হইবার আশঙ্কা থাকে, কিন্তু কৌশলে প্রবেশ করাইলে কখনই পরিস্রব ছিন্ন হইতে পারে না। কারণ ষ্টেথস্কোপ যন্ত্রদ্বারা পরিস্রবের শব্দ শ্রবণ করিয়া উহার স্থান নিরূপিত করা যায় ও যাহাতে পরিস্রবে আঘাত না লাগে এরূপে ক্যাথিটার্ প্রবেশ করান যাইতে পারে। যত অধিক দূরে ক্যাথিটার্ চালিত করা যায় তত শীঘ্র ইহার ফল পাওয়া যায়। সুতরাং অন্ততঃ ৭ ইঞ্চ্ পরিমাণে ক্যাথিটার্ প্রবিষ্ট করান উচিত। সকল সময়ে এতদূর প্রবেশ করান সহজ নহে, বিশেষতঃ নমনশীল ক্যাথিটার্ অনেক বাঁকিয়া যায় বলিয়া অধিক দূর প্রবেশ করান কঠিন। একটি নিরেট বুজি

(যাহা পুরুষের মূত্রমার্গে ব্যবহৃত হয়) ব্যবহার করা শ্রেয়ঃ। ডং মেকেয়ার সাহেব বলেন যে রোগীকে সংজ্ঞাহীন করাইয়া সহজে বুজি ব্যবহার করা যায়। এই উপায়ে বুজি ধীরে ধীরে প্রবেশ করান যায় ও জরায়ুতে কোনমতে আঘাত লাগিবার আশঙ্কা থাকে না। বুজি উর্দ্ধে চালিত করিবার সময় ভ্রূণঝিল্লী ভেদ করিবার আশঙ্কা থাকে এবং সকল সময়ে ইহা পরিহার করা যায় না। অত্যন্ত সাবধানের সহিত কার্য্য করিলেও ঝিল্লী ভেদ হইতে পারে। ভেদ হইলেও জরায়ুমুখ হইতে অনেক দূরে ভিন্ন হওয়ায় লাইকর্ এম্নি যাহা যৎসামান্য মাত্র নির্গত হইতে পারে, সুতরাং ইহাতে বিশেষ ক্ষতি নাই। স্বাভাবিক প্রসবের ন্যায় প্রসববেদনা যাহাতে ক্রমশঃ আইসে তাহা করার সুবিধা আছে। অতএব বহুক্ষণ বুজি প্রবিষ্ট রাখিলে যদি জরায়ুসঙ্কোচ প্রবল হয় তবে আর কিছু না করিয়া প্রকৃতির উপর নির্ভর করিলেও চলে। কিন্তু সঙ্কোচ ক্ষীণ হইলে যাহাতে প্রবল করা যায় তজ্জন্য গ্রীবাবিস্তারক যন্ত্রদ্বারা জরায়ুগ্রীবা বিস্তৃত করিয়া পরিশেষে ঝিল্লীভেদ করিতে হয়। এই উপায়ে প্রসব আয়ত্তাধীন রাখা যায়। যাঁহারা সচরাচর এই প্রণালী অবলম্বন করিয়াছেন তাঁহারা সকলেই একবাক্যে স্বীকার করেন যে ইহা সর্ব্বাপেক্ষা সহজ ও নিশ্চিত এবং স্বাভাবিক প্রসবের অনুরূপ। ডাং মেকেয়ার্ আজ-কাল অকালপ্রসব করিতে হইলে প্রথমে জরায়ুমধ্যে বৃক্তি যন্ত্র প্রবেশ করা-ইয়া তৎপরে গ্রীবা বিস্তার করিবার জন্য কার্ব্বলিক্ তৈলসিক্ত স্পঞ্জ্ টেণ্ট্ ব্যবহার করেন। এই প্রক্রিয়া করিবার ১০।১২ ঘণ্টার মধ্যে টেণ্ট্ ও বুজি বাহির করিলে জরায়ুগ্রীবা উন্মুক্ত ও সন্তান নির্গমোপযোগী হইয়া থাকে।

সন্তান অপরিপক্ক হয় ও পালন করা দুরূহ হইয়া উঠে।

অকালপ্রসব করাইলে সন্তান অপরিপক্ক হয় স্মরণ রাখা উচিত এবং উহাকে পালন করিতে অসাধারণ যত্ন আবশ্যক করে। সন্তান প্রায়ই নিস্পন্দজাত হয় অতএব উহাকে পুনর্জ্জীবিত করিবার সমস্ত আয়োজন করিয়া রাখা উচিত। এই অবস্থায় প্রসূতি প্রায়ই সন্তানকে স্তন্য দান করিতে পারে না অতএব দুগ্ধবতী ধাত্রী নিকটে রাখা কর্ত্তব্য।

দ্বিতীয় পরিচ্ছেদ।

—∘⁂∘—

টার্ণিং বা বিবর্ত্তন ক্রিয়া।

বিবর্ত্তনের ইতিবৃত্ত।

ভ্রূণের অবস্থান পরিবর্ত্তন করিয়া তাহার নির্গমনোন্মুখ অঙ্গের পরিবর্ত্তে অন্য কোন অঙ্গ স্থাপিত করিবার কৌশলকে টার্ণিং, ভার্সন্ বা বিবর্ত্তন বলে। এই কৌশলটি অতিপ্রাচীন কাল হইতে অনুষ্ঠিত হইয়া আসিতেছে এবং গ্রীক্ ও রোমীয় চিকিৎসকেরাও ইহার বিষয় অজ্ঞ ছিলেন না। ইহা দ্বিবিধ; যথা সিফেলিক্ বা মস্তকাবর্ত্তন—অর্থাৎ যদ্দ্বারা ভ্রূণমস্তক জরায়ুমুখে আনীত হয়। পোডালিক্ বা পাদাবর্ত্তন—অর্থাৎ যদ্দ্বারা ভ্রূণের পদাকর্ষণপূর্ব্বক প্রসব করান হয়। পঞ্চদশ খঃ অব্দ পর্য্যন্ত কেবল সিফেলিক্ ভার্সন্ করা হইত। পরে পণ্ডিতবর প্যারি ও তাঁহার শিষ্য গুলিমো পদাবর্ত্তন শিক্ষা দেন। এই শেষোক্ত ফরাসী চিকিসকই প্রক্রিয়াটি অত্যন্ত বিশদরূপে বর্ণনা করেন। ইহা মুক্তকণ্ঠে স্বীকার করিতে হইবে যে ফরাসী চিকিৎসকেরাই এই কৌশলটির চরমোৎকর্ষ সাধন ও ইহা অবলম্বনের উপযুক্ত কাল নির্দ্দেশ করেন। প্রাচীনকাল অপেক্ষা এই কালে বিবর্ত্তন প্রক্রিয়াটি অধিক প্রচলিত হইয়াছিল এবং চিকিৎসকেরাও ইহাতে সুনিপুণ ও দক্ষ হইয়াছিলেন। সুতরাং তখন তাঁহারা অনুপযোগী স্থলেও ইহা অনুষ্ঠান করিতে যত্নশীল হইতেন। কিন্তু ফর্সেপ্‌স্ যন্ত্র আবিষ্কার হইলে চিকিৎসকেরা ইহার এত পক্ষপাতী হইয়াছিলেন যে বিবর্ত্তন করিবার উপযুক্ত স্থলেও তাঁহারা ফর্সেপ্‌স্ ব্যবহার করিবার অন্যায় চেষ্টা করিতেন। যাহা হউক আজকাল আবশ্যক মত উভয়ই ব্যবহৃত হয়। বিবর্ত্তনের উপযোগী স্থলে ফর্সেপ্‌স্ ব্যবহার করা যেমন অকর্ত্তব্য, ফর্সেপ্‌সের স্থলে বিবর্ত্তনও সেইরূপ।

সিফেলিক ভার্সন্।

প্যারী সাহেবের গ্রন্থ প্রকাশিত হওয়া অবধি মধ্যে মধ্যে সিফেলিক্ ভার্সন্ অনুষ্ঠিত হইত, কিন্তু এই প্রক্রিয়াটি অত্যন্ত কষ্টসাধ্য বলিয়া ইহা সাধারণ্যে প্রচলিত হয় নাই। ডাং ব্রাক্সটন হিক্স সিফেলিক

ডার্শনের অনেক উন্নতি সাধন করিয়াছেন এবং ইহা অপেক্ষাকৃত এত অল্প আয়াসসাধ্য করিয়াছেন যে অনুষ্ঠান করিবার আর কোন আপত্তি নাই। এই সুযোগ্য ডাক্তার বিবর্ত্তন করিবার একটি সহজ উপায় বাহির করিয়া ধাত্রীবিদ্যার সমধিক উন্নতি সাধন করিয়াছেন। তাঁহার আবিষ্কৃত উপায়ে জরায়ুগহ্বরে সমগ্র হস্ত প্রবেশ করাইবার আবশ্যক না থাকায় প্রক্রিয়াটি যে কেবল সরল করিয়াছেন তাহা নহে, এক প্রকার বিপদ শূন্যও করিয়াছেন।

বাহ্যিক ও আভ্যন্তরিক উপায়ে বিবর্ত্তন।

বাহ্যিক হস্ত কৌশলে যে বিবর্ত্তন করা যায় ইহা বহুকালাবধি জানা আছে। ১৬০৮ খৃঃ অব্দে ডাং জন পেচী ইহা অনুষ্ঠান করিতে পরামর্শ দেন। তাহার পর উইগাঁ ও তাঁহার মতাবলম্বী চিকিৎসকগণ ইহার বিশেষ পক্ষপাতী ছিলেন। বিলাতের সার্ জেম্‌স্ সিম্‌সন্ প্রভৃতি মহামান্য চিকিৎসকগণও আভ্যন্তরিক কৌশলের সহিত বাহ্যিক কৌশল অবলম্বন করিবার উপকারিতা ঘোষণা করিয়া গিয়াছেন। সিন্‌সিনেটাই নগরের ডাং রাইটও ভ্রূণের হস্ত ও স্কন্ধ নির্গমের উপক্রমকালে মস্তকাবর্ত্তন করিবার জন্য এই উভয়বিধ কৌশল অবলম্বন করিতে বলিয়াছেন যাহাহউক ডাং হিক্‌স এই উভয়বিধ কৌশল অনুষ্ঠানে যে প্রকারে কার্য্য করিতে হইবে তাহা বিধিবদ্ধ করিয়া আমাদের ধন্যবাদার্হ হইয়াছেন।

বিবর্ত্তনের স্বরূপ ও উদ্দেশ্য।

গর্ভাশয়মধ্যে ভ্রূণ স্বচ্ছন্দে ইতস্ততঃ নড়িতে পারে বলিয়া এবং উহার অবস্থান কৃত্রিম উপায়ে পরিবর্ত্তন করা যায় বলিয়া বিবর্ত্তনক্রিয়াটি অনুষ্ঠান করা যাইতে পারে। ভ্রূণঝিল্লীর অচ্ছিন্ন অবস্থায় যতক্ষণ ভ্রূণ লাইকর্ এম্‌নিয়াই রসমধ্যে ভাসিয়া থাকে ততক্ষণ উহা স্বীয় অবস্থান পরিবর্ত্তন করিতে পারে। এই বিষয়টি গর্ভের শেষ কয় মাসে অনায়াসে উপলব্ধি করিতে পারা যায়। এমন স্থলে বিবর্ত্তন করা কিছুমাত্র কঠিন নহে। লাইকর্ এম্‌নিয়াই রস নির্গত হইবার অব্যবহিত পরেও বিবর্ত্তন করা তাদৃশ কঠিন হয় না, তবে ভ্রূণ তরল পদার্থে ভাসে না বলিয়া উহাকে ঘুরাইতে গেলে জরায়ুতে আঘাত লাগিবার অধিক সম্ভাবনা। লাইকর্ এম্‌নিয়াই নির্গত হইবার বহুক্ষণ পরে বিবর্ত্তন করিবার চেষ্টা করা কোন মতেই কর্ত্তব্য নহে। কারণ তখন জরায়ুর পেশীসকল দৃঢ়রূপে সঙ্কুচিত হয় এবং ভ্রূণ জরায়ুমধ্যে দৃঢ়বদ্ধ হইয়া যায়। সুতরাং এমন সময়ে উহাকে

নাড়াচাড়া করা অত্যন্ত কঠিন, এমন কি অসম্ভব এবং চেষ্টা করিলেও গর্ভিণী অতিভয়ানকরূপে আহত হইতে পারে।

এই প্রক্রিয়া প্রসূতি ও সন্তান উভয়ের অথবা একের প্রাণরক্ষার্থ সাধিত হইয়া থাকে। যেসকল স্থলে বিবর্ত্তন করা যায় তাহা নিম্নে লিখিত হইতেছেঃ—(১) ভ্রূণ আড়াআড়ি ভাবে থাকিলে বিবর্ত্তন করা অত্যাবশ্যক। (২) আকস্মিক অথবা অপরিহার্য্য রক্তস্রাব। (৩) বস্তিদেশের গঠনবিকৃতির কোন কোন স্থলে। (৪) নাভীরজ্জু নির্গম প্রভৃতি কোন কোন উপদ্রবে।

বিবর্ত্তনের উপযুক্ত স্থল।

চার্চ্চিল সাহেবের গণনানুসারে ১৬ জন প্রসূতির মধ্যে একজনের এবং তিনটি সন্তানের মধ্যে একটির মৃত্যু হয়। কিন্তু এই তালিকাটি সম্পূর্ণ বিশ্বাসযোগ্য না হইলেও ইহাদ্বারা এই বুঝা যায় যে বিবর্ত্তন প্রক্রিয়াটি নিরাপদ নহে; সুতরাং বিশেষ বিবেচনার সহিত ইহা অনুষ্ঠান করিতে হয়। ইহাতে যে সকল প্রধান বিপদ ঘটা সম্ভব তাহা ক্রমশঃ বলা যাইবে। বিবর্ত্তন প্রক্রিয়ায় ইষ্টানিষ্ট সময়ের উপর সম্পূর্ণ নির্ভর করে। ঝিল্লীভেদ হইবার পূর্ব্বে ভার্শন্ সত্বর অনুষ্ঠিত হইলে অথবা সুযোগমত জরায়ুগহ্বরে হস্ত প্রবেশ না করাইয়া বিবর্ত্তন করিতে পারিলে প্রসূতির বিপদাশঙ্কা নিতান্ত অল্প। কিন্তু জল ভাঙ্গিবার বহুক্ষণ পরে সঙ্কুচিত ও উত্তেজনশীল জরায়ুর মধ্যে কর এবং হস্ত প্রবেশ করাইয়া বিবর্ত্তন করিতে হইলে প্রসূতির সমূহ বিপদ ঘটা সম্ভব। যাহাহউক প্রসূতির আপদ নিরাপদ চিকিৎসকের উপর নির্ভর করে। অযথা বল প্রয়োগদ্বারা জরায়ু কি যোনি ছিন্ন হওয়াই প্রধান বিপদ। অতএব যাহাতে অযথা বলপ্রয়োগ করা না হয় এবং যোনি ও জরায়ুর এক্সেস্ অনুযায়ী হস্ত ও কর প্রবিষ্ট হয় তাহা স্মরণ রাখা চিকিৎসকের নিতান্ত কর্ত্তব্য। সুতরাং বিবর্ত্তন ক্রিয়ার সময় ধৈর্য্য, প্রত্যুৎপন্নমতিত্ব, সতর্কতা ও কার্য্যদক্ষতার যেরূপ আবশ্যক এরূপ কুত্রাপি নহে। কতকগুলি ঘটনা স্নায়বিক অবসাদ, ক্লান্তি অথবা ভবিষ্যৎ উপদ্রব জন্য মারাত্মক হইয়া পড়ে। স্বাভাবিক নিতম্বাগ্রসর প্রসবে সন্তানের মৃত্যু সংখ্যা যত হয় বিবর্ত্তন করিলে তদপেক্ষা কিছু অধিক হইলেও হইতে পারে। বিবর্ত্তনদ্বারা ভ্রূণের মৃত্যুসংখ্যা অধিক না হওয়াই সম্ভব। কারণ বিবর্ত্তন

বিবর্ত্তনে মৃত্যুসংখ্যা ও বিপদ ঘটনা।

করিয়া সন্তানের পদ একবার জরায়ুমুখে আনিতে পারিলে স্বাভাবিক পদাগ্রসর প্রসবের ন্যায় প্রসব হইয়া যায়; সুতরাং সত্বর বিবর্ত্তন করিতে পারিলে ইহাদ্বারা বিশেষ অনিষ্ট হওয়া সম্ভব নহে।

বাহ্য কৌশলদ্বারা ভ্রূণ-বিবর্ত্তন-প্রণালী। বাহ্য কৌশলের দ্বারা ভ্রূণের অবস্থান পরিবর্ত্তন করা যে সম্ভব তাহা অনেক গ্রন্থকর্ত্তা স্বীকার করিয়াছেন। উইগাঁ সাহেব এই সম্বন্ধে একটি উৎকৃষ্ট প্রবন্ধ লিখিয়াছেন তাহাতে ইহার কার্য্যপ্রণালী বিশদরূপে বর্ণিত হইয়াছে। কিন্তু যদিও এই প্রক্রিয়ার অনেক সুবিধা আছে এবং উপযোগী স্থলে যদিও ইহা অনায়াসে সম্পাদিত হয়, তথাপি সর্ব্বসাধারণে প্রচলিত হয় নাই। ঝিল্লী বিদীর্ণ হইবার পূর্ব্বে গর্ভমধ্যে ভ্রূণ স্বচ্ছন্দে নড়িতে চড়িতে পারে বলিয়া বাহ্য কৌশলে তাহার অবস্থান পরিবর্ত্তন করা সম্ভব হইয়া থাকে। কিন্তু জল ভাঙ্গিয়া গেলে ভ্রূণ জরায়ুপ্রাচীরে দৃঢ়বেষ্টিত হয় বলিয়া তখন এই উপায়ে বিবর্ত্তন করা যায় না।

যে যে স্থলে ইহা উপযোগী। প্রসববেদনা আরম্ভ হইবার পূর্ব্বে অথবা প্রসবের প্রথমাবস্থায় ঝিল্লী বিদীর্ণ হইবার পূর্ব্বে ভ্রূণের অস্বাভাবিক অবস্থান নির্ণীত হইলে বাহ্য কৌশলে বিবর্ত্তনের চেষ্টা করিতে হয়। ইহা ভিন্ন কুত্রাপি এই কৌশল অবলম্বন করিতে নাই। যেখানে ভ্রূণ আড়াআড়ি ভাবে থাকে কেবল সেই স্থানেই বাহ্য কৌশল প্রশস্ত। কারণ ইহাদ্বারা ভ্রূণকে সম্পূর্ণরূপে আবর্ত্তিত করা যায় না, কেবল উহার দেহের ঊর্দ্ধশাখার স্থানে মস্তক আবর্ত্তিত হইতে পারে। প্রসব করাইতে হইলে বাহ্য কৌশল দ্বারা বিবর্ত্তন করা কর্ত্তব্য নহে। কেননা বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বারের উপর মস্তক আনয়ন করা হইলে প্রসূতির নিজ চেষ্টার উপর সম্পূর্ণ নির্ভর করিয়া নিশ্চেষ্ট থাকিতে হয়। ভ্রূণের নির্গমনোন্মুখ অঙ্গ কিরূপে সংস্পর্শনদ্বারা নির্ণয় করিতে হইবে তাহা প্রথম খণ্ডে বর্ণিত হইয়াছে প্রসববেদনা আরম্ভ হইলে এবং জরায়ুমুখ উন্মুক্ত থাকিলে যোনি পরীক্ষাদ্বারাও ভ্রূণের আড়াআড়ি অবস্থান জানিতে পারা যায়। প্রসববেদনা আরম্ভ হইবার পূর্ব্বে অস্বাভাবিক অবস্থান নির্ণীত হইলে অনেক স্থলেই অনায়াসে অবস্থান সংশোধন করিয়া ভ্রূণের দীর্ঘমাপ জরায়ুগহ্বরের দীর্ঘমাপের সমান্তরালে রাখিতে পারা যায়। পিনার্ড্ সাহেব বলেন যে এইরূপ করিলে একটি উপযোগী রবারের কোমর

বন্ধদ্বারা ভ্রূণকে যথাস্থানে রাখা কর্ত্তব্য। সচরাচর প্রসববেদনা আরম্ভ হইবার পরেই ভ্রূণের অবস্থান জানা যায় এবং তখন তাহা সংশোধন করিলেও অল্প-ক্ষণ মধ্যেই ভ্রূণ আবার অস্বাভাবিক অবস্থান গ্রহণ করে। এই অবস্থায় কৌশল অবলম্বন করিতে ক্ষতি নাই, কারণ এই প্রক্রিয়াটি আদৌ কষ্টকর নহে। ইহাতে প্রসূতি কিম্বা সন্তান কাহারও অনিষ্ট হয় না। প্রসবের তরুণাবস্থায় ভ্রূণ আড়াআড়িভাবে আছে জানিতে পারিলে বাহ্য কৌশল অবলম্বন করাই যুক্তিসিদ্ধ এবং ইহাতে কৃতকার্য্য না হইলে অন্য কোন নিশ্চিত উপায় অবলম্বন করিতে পারা যায়।

কার্য্যপ্রণালী। ইহার কার্য্যপ্রণালী অতি সহজ। প্রথমতঃ প্রসূতিকে চিৎকরিয়া শয়ন করাইতে হয় এবং হস্তদ্বারা অথবা যোনিপরীক্ষাদ্বারা ভ্রূণের অবস্থান নির্ণয় করিতে হয়। পরে প্রসূতির উদরের উপর হস্ত রাখিয়া ধীরে ধীরে ভর দিয়া এক হস্তদ্বারা ভ্রূণের পদদ্বয় ঊর্দ্ধে উত্তোলন ও অপর হস্তদ্বারা মস্তক নিম্নস্থ করত জরায়ুমুখে আনিতে হয়। এই প্রণালীতে কত সহজে ভ্রূণের অবস্থান পরিবর্ত্তন করা যায় তাহা যাঁহারা কখনও অনুষ্ঠান করেন নাই তাঁহারা জানেন না। এই রূপে অবস্থান পরিবর্ত্তন করা হইলে ভ্রূণের দীর্ঘমাপ জরায়ুর দীর্ঘমাপের সহিত সমান হইবে এবং যোনিপরীক্ষা দ্বারা স্কন্ধ অনুভব করা যাইবে না, তাহার মস্তক প্রবেশদ্বারে আছে জানা যাইবে। এই সময়ে জরায়ুমুখ সম্পূর্ণ প্রশস্ত থাকিলে ঝিল্লী বিদারণ কর্ত্তব্য। কিন্তু উহা প্রসারিত হইবার বিলম্ব থাকিলে সূক্ষ্ম বস্ত্র বা অন্য কোন কোমল পদার্থের তাল পাকাইয়া ভ্রূণের পদ ও মস্তক যেদিকে থাকে সেই দিকে উদ-রের উপর রাখিয়া বন্ধন করিয়া দিতে হয়। যতক্ষণ জরায়ু নিজ সঙ্কোচদ্বারা ভ্রূণমস্তক স্বাভাবিক স্থানে রাখিতে না পারে ততক্ষণ উক্তরূপে বন্ধন করিয়া কি ধারণ করিয়া রাখিতে হয়।

সেফালিক্ ভার্শন। সেফালিক্ ভার্শনের কার্য্যপ্রণালী অত্যন্ত কঠিন বলিয়া দুই একজন আধুনিক চিকিৎসক ব্যতীত সকলেই ইহার বিপক্ষ। সুতরাং সাধারণ ধাত্রীবিদ্যা গ্রন্থে ইহা আদৃত হয় নাই। কিন্তু তথাপি যে সকল স্থলে ভ্রূণ আড়াআড়ি ভাবে থাকে এবং যেখানে সত্বর প্রসব করান আবশ্যক নহে অর্থাৎ যেখানে ভ্রূণের অবস্থান সংশোধন একমাত্র

উদ্দেশ্য সেখানে সিফালিক্ ভার্শনদ্বারা অনেক সুবিধা আছে সন্দেহ নাই। কারণ পদাগ্রসর প্রসবে ভ্রূণের যেরূপ বিপদাশঙ্কা ইহাতে সেরূপ নাই। সেফালিক্ ভার্শনের কার্য্যপ্রণালী কঠিন বলিয়াই ইহা অনুষ্ঠান করিতে সকলে আপত্তি করেন এবং প্রকৃতপ্রস্তাবে জরায়ুমধ্যে হস্ত প্রবেশ করিয়া অনেক অনুসন্ধানের পর পিচ্ছিল ভ্রূণমস্তক ধারণ করিয়া বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বারে নিযুক্ত করা সহজ কর্ম্ম নহে এবং ইহাতে প্রসূতির অনেক বিপদাশঙ্কা আছে। ভেল্‌পো সাহেব ইহার বিশেষ পক্ষপাতী হইলেও বলেন যে ভ্রূণমস্তক ধারণ করিয়া নিম্নে আনয়ন করা অপেক্ষা উহার নির্গমনোন্মুখ অঙ্গ ঊর্দ্ধে ঠেলিয়া দেওয়া সহজ। উইগাঁ সাহেব বলেন যে এক হস্তের অঙ্গুলি যোনিমধ্যে প্রবিষ্ট করাইয়া অপর হস্তদ্বারা বাহির হইতে কার্য্য করিলে সহজে ভ্রূণমস্তক যথাস্থানে আনিতে পারা যায়। ইহার কার্য্যপ্রণালী সম্বন্ধে ডাং ব্রাক্সটন হিক্স যেরূপ বিধি লিপিবদ্ধ করিয়াছেন তদ্দ্বারা এই প্রক্রিয়াটি অনেক সরল করা হইয়াছে।

ইহা অতি অল্প স্থলেই প্রযুজ্য।

বাহ্য কৌশলে বিবর্ত্তনের ন্যায় সেফালিক্ ভার্শনও অতি অল্পস্থলেই প্রযুজ্য। ইহাতেও লাইকর্ এম্‌নিয়াই রস থাকা আবশ্যক অথবা উহা নিঃসৃত হইবার পর অতি অল্পক্ষণ মধ্যেই ইহা অনুষ্ঠান করিতে হয়। নির্গমনোন্মুখ অঙ্গ বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বারে স্বচ্ছন্দে নড়া চড়া আবশ্যক। সত্বর প্রসব করাইবার আবশ্যক না থাকিলে সেফালিক্ ভার্শন্ করা যাইতে পারে। ভ্রূণের হস্ত বহির্গত হইলে মস্তকাবর্ত্তন করিবার আপত্তি নাই। ডাং হিক্স্ বলেন নির্গত অঙ্গটি সাবধানে জরায়ুর মধ্যে পুনঃ প্রবিষ্ট করাইয়া কার্য্য করিতে হয়। কিন্তু হস্ত নির্গত হইলে সচরাচর ভ্রূণের বক্ষও বস্তিগহ্বরের নিম্নদেশ সবলে আইসে। একপ স্থলে নির্গত অঙ্গ পুনঃ প্রবিষ্ট করান (নিতান্ত সুযোগ না হইলে) নিরাপদ নহে। তখন পোডালিক্ ভার্শন্ বা পদাবর্ত্তন করা আবশ্যক।

কার্য্যপ্রণালী।

ইহার কার্য্যপ্রণালী ডাং হিক্স সাহেব যেরূপ সংক্ষেপে ও বিশদরূপে বর্ণনা করিয়াছেন তাহা নিম্নে উদ্ধৃত করা গেল। "প্রথমতঃ বাম হস্ত যোনিমধ্যে প্রবেশ করাইয়া দক্ষিণ হস্ত উদরোপরি সংস্থাপনপূর্ব্বক ভ্রূণের মস্তক ও পদ নির্ণয় করিবে। স্কন্ধ বা হস্ত বহির্গত

হইতে দেখিলে উহাকে পুনঃপ্রবেশ করাইয়া জরায়ুমধ্যে বামহস্তের দুই বা ততোধিক অঙ্গুলিদ্বারা ভ্রূণের স্কন্ধ পদের দিকে নিক্ষেপ ও দক্ষিণ হস্তদ্বারা মস্তক জরায়ুমুখে আনয়ন করিবে। এইরূপে বাম হস্তের অঙ্গুলির অগ্রভাগে মস্তক আসিলে ঝিল্লী বিদারণ করা কর্ত্তব্য। কিন্তু মস্তকাকর্ষণকালে ভ্রূণ মুখাগ্রসর হইয়া না আইসে এরূপ সাবধান হইতে হয়। মস্তক জরায়ুমুখে আসিলে যদি নিতম্ব কাণ্ডাসের দিকে না উঠে তাহা হইলে প্রবিষ্ট হস্ত বাহির করিয়া প্রসূতির উদরের অধঃ হইতে ঊর্দ্ধে চাপ দিয়া ভ্রূণের নিতম্ব ঠেলিয়া তুলিতে হয়। যদ্যপি জরায়ু নিজ সঙ্কোচদ্বারা ভ্রূণমস্তক যথাস্থানে রাখিতে অক্ষম হয় তাহা হইলে দক্ষিণ হস্তদ্বারা উহাকে তদবস্থায় ধারণ করিয়া রাখিবে। মস্তক জরায়ুমুখে আসিবামাত্র ঝিল্লী অবিদীর্ণ থাকিলে বিদারণ করা উচিত। কারণ জলনিঃসরণের বেগে মস্তক যথাস্থানে আসিয়া পড়ে"। উল্লিখিত কার্য্যপ্রণালী এত সরল এবং উহা এত অল্পসময়সাধ্য যে ইহা পরীক্ষা করিতে কোন আপত্তি নাই। ইহাদ্বারা কৃতকার্য্য না হইলেও বিশেষ ক্ষতি নাই, কারণ তদ্দণ্ডেই পোডালিক্ ভার্শন্ অনুষ্ঠান করিতে পারা যায়। পোডালিক্ ভার্শন্ করিতে গেলে প্রসূতির অবস্থান পরিবর্ত্তন করিবার আবশ্যক নাই এবং তাহার যোনিমধ্য হইতে হস্ত বাহির করিবার আবশ্যক নাই।

পোডালিক্ ভার্শনের কার্য্যপ্রণালী সকল স্থলে এক প্রকার নহে। এই প্রক্রিয়াটি বর্ণনা করিবার জন্য সচরাচর ইহাকে দুই শ্রেণীতে বিভক্ত করা হইয়াছে—প্রথমতঃ যেখানে কোন গোলযোগ নাই এবং ইহার আবশ্যক কৌশল অনায়াসে সম্পন্ন হইতে পারে। দ্বিতীয়তঃ যেখানে ইহা সম্পাদন করা কঠিন এবং প্রসূতির বিপদাশঙ্কা অধিক। এইরূপ শ্রেণী বিভাগ করায় কার্য্য করিবার অনেক সুবিধা হয়। কারণ যেসকল স্থলে বিবর্ত্তন আবশ্যক তাহা এত বিভিন্ন প্রকার যে অন্য কোনরূপে শ্রেণী বিভাগ করিলে তাদৃশ সুবিধা হয় না।

পোডালিক্ ভার্শন্।

বিলাতে সচরাচর গর্ভিণীকে বাম পার্শ্বে শয়ন করান হয়। ইউরোপের অন্যান্য প্রদেশে এবং আমেরিকায় লিথটমি শস্ত্রক্রিয়া কালে রোগীকে যেভাবে শয়ন করান হয় গর্ভিণীকেও সেই ভাবে চিৎকরিয়া

গর্ভিণীর অবস্থান।

পদদ্বয় আকুঞ্চনপূর্ব্বক শয়ন করান হয়। ডাং প্লেফেয়ার্ বলেন যে বিলাতে যে প্রথায় গর্ভিণীকে রাখা হয় তাহাই ভাল। কারণ তাহাতে গর্ভিণীকে অযথা উলঙ্গ করা হয় না এবং চিকিৎসকও একত্র উভয় হস্তদ্বারা কার্য্য করিতে পারেন। কোন কোন কঠিন স্থলে লাইকর্ এম্নিয়াই রস নির্গত হইয়া গেলে এবং সন্তানের পৃষ্ঠদেশ মাতার পৃষ্ঠবংশের দিকে থাকিলে গর্ভিণীকে চিৎকরিয়া শয়ন করাইলে সন্তানের দেহের উপর দিয়া সহজে হস্ত চালিত হইতে পারে। কিন্তু এরূপ ঘটনা অতি বিরল। গর্ভিণীকে শয্যাপ্রান্তে আনয়ন করিতে হয় এবং তাহার নিতম্ব শয্যার বাহিরে অল্প টানিয়া লইয়া শয্যাপ্রান্তের সমান্তরালে রাখিতে হয়। গর্ভিণীর জানুদ্বয় উদরের দিকে আকুঞ্চিত করিয়া কোন সহকারীকে জানুদ্বয় বিযুক্ত রাখিতে বলিতে হয়। সহকারী না থাকিলে জানুদ্বয় মধ্যে একটি বালিশ দিয়া উহাদিগকে পৃথক রাখা কর্ত্তব্য। গর্ভিণীকে আয়ত্তাধীন রাখিবার জন্য দুই এক জন লোক নিযুক্ত রাখা উচিত নতুবা গর্ভিণী অকস্মাৎ চমকাইয়া উঠিলে অথবা অনিচ্ছাক্রমে নড়িলে চড়িলে কেবল যে চিকিৎসকের কষ্ট হয় এমত নহে ইহাতে প্রসূতিরও অত্যন্ত আঘাত লাগিবার সম্ভাবনা।

সংজ্ঞাবিলোপী ঔষধি প্রয়োগ।

এই সকল স্থলে সংজ্ঞাবিলোপী ঔষধিদ্বারা বিশেষ উপকার হয়। গর্ভিণী যত নিশ্চেষ্ট থাকিবে এবং জরায়ুর প্রবল সঙ্কোচের যতই অভাব হইবে ততই এই প্রক্রিয়া সহজে অনুষ্ঠান করা যাইবে যেখানে যোনি অত্যন্ত উত্তেজনশীল এবং ভ্রূণ জরায়ুকর্ত্তৃক দৃঢ়াশ্লিষ্ট থাকে সেখানে সম্পূর্ণ সংজ্ঞাবিলোপ না করিলে কিছুতেই পরিবর্ত্তন করা যায় না।

কোন সময়ে এই প্রক্রিয়া অনুষ্ঠান করা কর্ত্তব্য।

জরায়ুমুখ সম্পূর্ণ উন্মুক্ত এবং ঝিল্লী বিদীর্ণ হইয়া লাইকর্ এম্নিয়াই নির্গত হইবার পূর্ব্বে অথবা পরক্ষণেই এই প্রক্রিয়া অনুষ্ঠান করিবার উপযুক্ত সময়। জল ভাঙ্গিবার পূর্ব্বে ইহা অনুষ্ঠান করিলে যে কত সুবিধা তাহা বলা যায় না। কারণ ভ্রূণ জলে ভাসিলে সহজেই তাহার অবস্থান পরিবর্ত্তন করা যায়। সচরাচর যেখানে জরায়ুমধ্যে হস্ত প্রবিষ্ট করিয়া কার্য্য করিতে হয় সেখানে যতক্ষণ জরায়ুমুখে হস্তপ্রবেশের উপযোগী হইয়া উন্মুক্ত না হয় ততক্ষণ

অপেক্ষা করা উচিত। জরায়ুমুখ একটি ক্রাউন্ মুদ্রাকারে উন্মুক্ত হইলে এবং উহা কোমল ও নমনশীল থাকিলে তন্মধ্যে হস্ত প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

কোন্ হস্ত প্রবেশ করান উচিত।

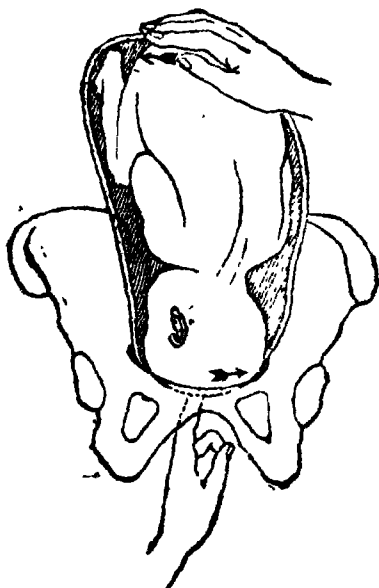
বিবর্ত্তনের সময় কোন হস্ত ব্যবহার করিতে হয় তাহা লইয়া অনেক মতভেদ আছে। কোন কোন ধাত্রীচিকিৎসক সর্ব্বদাই দক্ষিণ হস্ত ব্যবহার করেন। আবার কেহবা বাম হস্ত ব্যবহার করিয়া থাকেন। এইরূপে ভ্রূণের অবস্থান অনুযায়ী দক্ষিণ বা বাম হস্ত ব্যবহৃত হয়। অনেক চিকিৎসক দক্ষিণ হস্তে অধিক বল পাইয়া থাকেন এবং তজ্জন্য তাঁহারা ইহাদ্বারা আবশ্যকমত কার্য্য করিতে পারেন। ভ্রূণ আড়াআড়ি ভাবে থাকিলে এবং তাহার উদর সম্মুখভাগে থাকিলে দক্ষিণ হস্তই ব্যবহার করা কর্ত্তব্য। কারণ এই হস্ত সন্তানের সম্মুখ দিয়া অনায়াসে চালনা করা যায়। এইপ্রকার কঠিন স্থলে গর্ভিণীকে চিৎকরিয়া কার্য্য করিতে হইলে বাম হস্ত অপেক্ষা দক্ষিণ হস্ত দ্বারা অধিক কাজ পাওয়া যায়। সাধরণতঃ বাম হস্ত প্রসবপথের এক্সেস্ অনুসারে অনায়াসে প্রবেশ করান যায় এবং করপৃষ্ঠ সেক্রম্ গহ্বরের সহিত সহজে সম্মিলিত হয়। ভ্রূণের উদর সম্মুখ দিকে থাকিলেও বাম হস্ত চালিত করিয়া ভ্রূণের পদ ধারণ করা কঠিন নহে। এই সকল সুবিধার জন্য অনেকে বাম হস্ত ব্যবহার করিতে পরামর্শ দেন এবং বলেন যে সামান্য অভ্যাসে ইহাদ্বারা দক্ষিণ হস্তের মত কার্য্য করিতে পারা যায়।

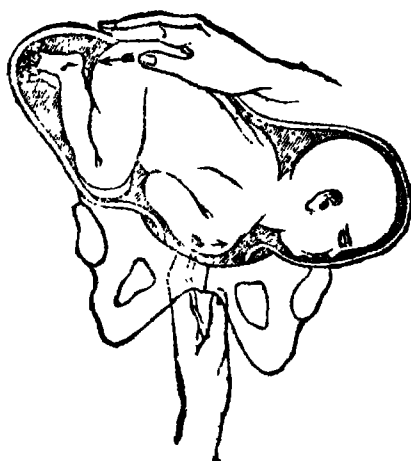
বাম হস্ত সচরাচর কেন ব্যবহৃত হয়।

বাম হস্ত ব্যবহার করিলে দক্ষিণ হস্ত খালি থাকায় প্রসূতির উদরের উপর কার্য্য করিবার সুবিধা হয় ইহা স্মরণ রাখা নিতান্ত আবশ্যক। অতএব সচরাচর বাম হস্ত ব্যবহার করাই বিধি। হস্ত প্রবেশ করাইবার পূর্ব্বে করতল বাদ দিয়া অবশিষ্ট সমগ্র হস্ত উত্তমরূপে তৈলাক্ত করা উচিত। করতল তৈলাক্ত করিলে ধরিবার সময় ভ্রূণের অঙ্গ পিছলাইয়া যাইতে পারে।

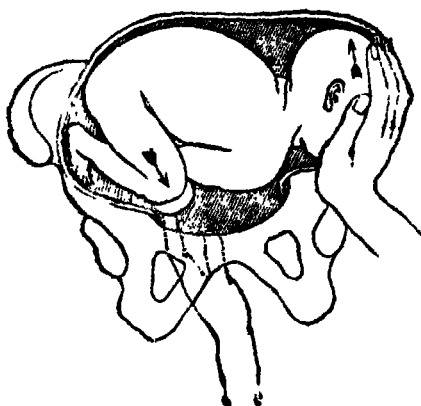
বাইপোলার ভার্শন্ বা বাহ্যিক এবং আভ্যন্তরিক উভয়বিধ কৌশলে বিবর্ত্তন প্রণালী।

বিবর্ত্তন করিবার পূর্ব্বে ভ্রূণের অবস্থান নির্ণয় করা উচিত। ভ্রূণ আড়াআড়ি ভাবে থাকিলে গর্ভিণীর উদরের উভয় পার্শ্বে হস্ত প্রয়োগপূর্ব্বক ভ্রূণের মস্তক ও পদ নির্ণয় করা সহজ। যেখানে মস্তক অগ্রে বহির্গমন করে সেখানে যোনি মধ্যে হস্ত প্রবেশ করাইয়া ফন্টানেলী স্পর্শ করিয়া ভ্রূণের

মুখ কোন্ দিকে রহিয়াছে তাহা নির্ণয় করা যায়। তাহার পর বাম হস্ত যোনির ঐকুন্সিস্ অনুসারে সাবধানে তন্মধ্যে প্রবেশ করাইয়া যাহাতে জরায়ুগ্রীবামধ্যে অঙ্গুলি প্রবিষ্ট হয় এরূপ করা উচিত। জরায়ুগ্রীবামধ্যে তিন চারিটি অঙ্গুলি গেলেই যথেষ্ট হইবে, সমগ্র কর প্রবিষ্ট করিবার আবশ্যক নাই।

ভ্রূণমস্তক প্রথম কিম্বা চতুর্থ অবস্থানে থাকিলে উহাকে ঊর্দ্ধে এবং বাম দিকে ঠেলিয়া দিবে, সেই সঙ্গে যে হস্ত বাহিরে আছে তাহা গর্ভিণীর উদরের উপরে রাখিয়া ভ্রূণের নিতম্ব নিম্ন ও দক্ষিণ দিকে ঠেলিবে। এই উপায়ে ভ্রূণের মস্তক ও নিতম্বের উপর একত্র কার্য্য করিলে অনায়াসে উহার অবস্থান পরিবর্ত্তন করা যায়। ভ্রূণের নিতম্বে চাপ দিবার সময় ধীরে অথচ দৃঢ় ভাবে চাপ দিতে হয়। গর্ভিণীর উদরের উপর ধীরে ধীরে হস্তদ্বারা চাপ দিয়া ডলিয়া দিলে এই উদ্দেশ্য সাধিত হয়। এইরূপ করিলে জরায়ুমুখ হইতে ভ্রূণমস্তক সরিয়া গিয়া তাহার স্থানে স্কন্ধ আসিয়া পড়ে এবং অঙ্গুলির অগ্রভাগ স্পর্শ করে। স্কন্ধ উক্তরূপে ঊর্দ্ধে মস্তকের দিকে

ঠেলিয়া দিতে হয় এবং তৎসঙ্গে ভ্রূণের নিতম্ব আরও অধিক নমিত করিতে হয়। এইরূপে যতক্ষণ ভ্রূণের জানু অঙ্গুলি স্পর্শ না করে ততক্ষণ কার্য্য করিতে হয়। জানু অঙ্গুলি স্পর্শ করিলে যদি ঝিল্লী অবিদীর্ণ থাকে তাহা হইলে তাহা বিদীর্ণ করিয়া দিবে এবং জানু ধারণ করিয়া জরায়ুমুখ হইতে বাহির করিবে।

কখন কখন জরায়ুমুখে ভ্রূণের পদ আসিয়া পড়ে। এরূপ হইলে জানু ধারণ না করিয়া পদটি ধরিতে হয়। এই সময়ে বাহিরের হস্তের স্থান পরিবর্ত্তন করিয়া যেখানে ভ্রূণমস্তক আছে তথায় রাখিয়া ইলিয়াক্ ফসা হইতে মস্তকটি উর্দ্ধে ঠেলিয়া দিতে হয় এবং নিতম্ব ঠেলিবার আর আবশ্যক হয় না। এই সমস্ত হস্তকৌশল বেদনার বিরামকালে অবলম্বন করিতে হয় এবং বেদনা আসিলে নিরস্ত থাকিতে হয়। বেদনা প্রবল এবং ঘন ঘন হইলে ক্লোরোফর্ম্ দ্বারা বিশেষ উপকার দর্শে। ভ্রূণ দ্বিতীয় এবং তৃতীয় অবস্থানে থাকিলে উক্ত প্রণালীর বিপরীত কার্য্য করিতে হয় অর্থাৎ ভ্রূণমস্তক উর্দ্ধে এবং দক্ষিণ দিকে ও তাহার নিতম্ব নিম্নে এবং বামদিকে ঠেলিতে হয়। ভ্রূণের অবস্থান নির্ণীত না হইলে প্রথম অবস্থানই অনুমান করিয়া লইতে হয়। কারণ অধিকাংশ ভ্রূণই এই অবস্থানে থাকে এবং না থাকিলেও এই অনুমানদ্বারা

বিশেষ অসুবিধা হয় না। প্রসব সমাধা করিবার জন্য জরায়ুমুখ রীতিমত উন্মুক্ত না থাকিলে ভ্রূণের নিম্নশাখা অর্থাৎ পদ এক অঙ্গুলিদ্বারা জরায়ুমুখে ধারণ করিলে অল্প সময়ের মধ্যে উহা উন্মুক্ত হয় অথবা জরায়ু স্বীয় সঙ্কোচ দ্বারা ভ্রূণকে নূতন অবস্থানে রাখিতে সক্ষম হয়।

ভ্রূণ আড়াআড়ি ভাবে থাকিলেও উক্ত প্রণালীতে কার্য্য করা উচিত। ভ্রূণের স্কন্ধ ঊর্দ্ধে মস্তকের দিকে এবং তৎসঙ্গে বাহির হইতে তাহার নিতম্ব নিম্নদিকে ঠেলিতে হয়। এইরূপ করিলে যদি ঝিল্লী অবিদীর্ণ থাকে তাহা হইলে ভ্রূণের জানু অনায়াসে ধরিতে পারা যায়; কিন্তু বাহির হইতে ভ্রূণমস্তক এক-বার উত্তোলন ও পরক্ষণে তাহার নিতম্ব অবনমন করিতে পারিলে বিবর্ত্তনের অনেক সুবিধা হয়। লাইকর্ এম্‌নিয়াই নির্গত হইয়া ভ্রূণ জরায়ুকর্ত্তৃক দৃঢ়া-লিঙ্গিত হইলে জরায়ুমধ্যে হস্ত প্রবেশ না করাইয়া বিবর্ত্তন করা অসাধ্য, সুতরাং এই অবস্থায় সাধারণ বিবর্ত্তন প্রণালী অবলম্বন করা কর্ত্তব্য। বাহ্যিক ও আভ্যন্তরিক কৌশল একত্র অনুষ্ঠান করিবার সুবিধা এই যে ইহাদ্বারা কৃতকার্য্য না হইলে যোনি হইতে হস্ত বাহির না করিয়া উহা জরায়ুমধ্যে প্রবিষ্ট করান যায় এবং ইহার পর কেবল আভ্যন্তরিক কৌশল অবলম্বন করিবার কোন বাধা নাই।

জল ভাঙ্গিবার বহুক্ষণ কি অল্পক্ষণ পরে জরায়ুমুখ উন্মুক্ত থাকিলে জরায়ু মধ্যে হস্ত প্রবিষ্ট তন্মধ্যে হস্ত প্রবেশ করাইয়া বিবর্ত্তন করা তাদৃশ কঠিন

করাইয়া পোডালিক্ ভার্শন্।

নহে। ইহাতে কিপ্রকারে হস্ত প্রবেশ করাইতে হয় তাহা জানা আবশ্যক। অঙ্গুলিগুলির অগ্রভাগ একত্র করিয়া চুচুক বা মোচার আকার করিতে হয়। কারণ কর প্রবেশ করাইবার সময়

হস্ত প্রবেশ প্রণালী।

উহার পরিধি যতদূর পারা যায় সঙ্কীর্ণ করা আবশ্যক। এইরূপে সঙ্কীর্ণ করিয়া নির্গমদ্বারের এক্সিস্ অনুসারে বেদনার বিরামকালে ঘুরাইয়া ঘুরাইয়া প্রবেশ করাইতে হয়। এইরূপে যোনিমধ্যে হস্ত প্রবেশ করিলে ব্রিমের এক্সিস অনুসারে হস্ত চালন করা কর্ত্তব্য। এই সময়ে প্রসববেদনা আসিলে উহার বিরাম পর্য্যন্ত হস্তটি নিশ্চল ভাবে রাখা উচিত। বিবর্ত্তন প্রক্রিয়ায় বেদনার বিরামকালে কার্য্য করিলেই যে যথেষ্ট হয় এমত নহে ইহাতে অত্যন্ত ধৈর্য্য এবং মৃদুতার আবশ্যক, বল প্রয়োগ করা আদৌ কর্ত্তব্য নহে। হস্তটি চুচুক বা মোচার আকারে জরায়ুমধ্যে পৌঁছিলে এবং উহা রীতিমত উন্মুক্ত থাকিলে জরায়ুর অভ্যন্তরে চালনা করিতে হয়। জরায়ুমুখ

উন্মুক্ত না থাকিয়া বিস্তারক্ষম থাকিলে অঙ্গুলির অগ্রভাগ তন্মধ্যে ধীরে ধীরে প্রবেশ করাইয়া মধ্যে মধ্যে বিস্তৃত করিতে হয়। তাহা হইলে জরায়ুমুখ হস্ত প্রবেশের উপযোগী হইয়া উন্মুক্ত হয়। এই প্রক্রিয়াটি করিবার সময় এক-

জন সহকারীকে জরায়ুটি স্থিরভাবে ধারণ করিতে বলিতে হয় অথবা চিকিৎসক স্বয়ং এই কার্য্যটি করিতে পারেন। ভ্রূণের অবস্থান পূর্ব্বে নির্ণীত না থাকিলে এই সময়ে উহা নির্ণয় করা কর্ত্তব্য। কারণ তাহা হইলে প্রবিষ্ট করতল ভ্রূণের উদরের উপর দিয়া চালনা করা যায়।

ঝিল্লীবিদারণ। বেদনার বিরামকালে ঝিল্লী বিদারণ করিতে পারিলে ভাল হয়, কারণ তাহা হইলে জল একেবারে নিঃসৃত হইতে পারে না। প্রবিষ্টহস্ত গুঁজিস্বরূপ থাকায় লাইকর এম্নিয়াই অধিক বাহির হইতে পারে না। কোন কোন চিকিৎসক বলেন যে ঝিল্লীবিদারণ করিবার পূর্ব্বে হস্তটি ঝিল্লী ও জরায়ু প্রাচীরের মধ্যদিয়া যথায় ভ্রূণের পদদ্বয় থাকে তথায় লইয়া

যাইতে হয়। কিন্তু এরূপ করিলে ফুল বিচ্ছিন্ন হইবার সম্ভাবনা এবং জরায়ুমুখের নিকট ভ্রূণের জানু থাকে বলিয়া অতদূর হস্ত প্রবেশ করাইবার আবশ্যক নাই। ঝিল্লীভেদ করা হইলে তন্মধ্যে হস্ত প্রবেশ করাইয়া ভ্রূণের পদদ্বয়

অন্বেষণ করিতে হয়। এই সময় যাহাতে বল প্রকাশ করা না হয় সেবিষয়ে বিশেষ যত্নশীল থাকা উচিত। বেদনা আসিলে ভ্রূণদেহের উপর প্রবিষ্টহস্ত বিস্তৃত করিয়া নিশ্চল ভাবে রাখা কর্ত্তব্য। বেদনা প্রবল হইলে চাপজন্য প্রবিষ্টহস্তে অত্যন্ত কষ্ট হয়। বেদনাকালে হস্ত চালনা করিবার চেষ্টা করিলে অথবা যেরূপ চুচুকাকারে উহা প্রবেশ করান হইয়াছিল সেইভাবে রাখিলে জরায়ুপ্রাচীর বিদীর্ণ হইবার আশঙ্কা থাকে। কিন্তু এইরূপ দুর্ঘটনা সচরাচর ঘটিবার সম্ভাবনা নাই।

যেখানে বহুক্ষণ যাবৎ জল ভাঙ্গিয়া গিয়াছে কেবল তথায় হস্ত প্রবেশ করান কঠিন এবং তখন চেষ্টা করিলে উক্ত প্রকার অনর্থ ঘটিতে পারে। এই সময়ে বাহির হইতে ভ্রূণনিতম্ব নিম্নদিকে নামাইতে পারিলে জানু কিম্বা পদ প্রবিষ্ট হস্ত স্পর্শ করে। জানু অথবা পদ স্পর্শ করিতে পারিলে তাহা ধারণ করিয়া বেদনার বিরামকালে নিম্নদিকে টানিতে হয়। এইরূপ করিলে ভ্রূণ নিজ এক্সিসের উপর ঘুরিয়া যাইবে। এই সময়ে বাহির হইতে দক্ষিণ হস্তদ্বারা ভ্রূণমস্তক ঊর্দ্ধে ঠেলিয়া দিলে অনেক সুবিধা হয়। ভ্রূণদেহের অধঃশাখার কোন্ অংশ ধরিতে হইবে তাহা লইয়া ধাত্রীচিকিৎসকগণের মধ্যে মতভেদ আছে। কেহ কেহ ভ্রূণের উভয় পদ ধারণ করিতে পরামর্শ দেন আবার কেহ একটি পদ ধারণ করিতে বলেন। এইরূপ কেহ কেহ একটি জানু ধারণ অথবা উভয় জানু ধারণ করিতে বলেন। সহজ স্থলে জল বাহির হইবার পূর্ব্বে উপরোক্ত মতের যে কোনটির অনুসারে কার্য্য করিলে চলিতে পারে। কারণ ইহার সকলগুলি দ্বারাই এরূপ স্থলে অনায়াসে বিবর্ত্তন করা যায়। পদদ্বয় ধারণ করা অপেক্ষা জানু ধারণের অনেক সুবিধা আছে। জানু অনায়াসে পাওয়া যায়, উহার পশ্চাতে খাঁজ থাকায় ধরিবার সুবিধা হয় এবং উহা পৃষ্ঠবংশের অপেক্ষাকৃত নিকটে থাকে বলিয়া ধরিয়া টানিলে ভ্রূণদেহে টান পড়ে। জানুকে কনুই বলিয়া ভ্রম হইলে ইহা স্মরণ রাখা কর্ত্তব্য যে জানু আকুঞ্চিত অবস্থায় উহার উন্নত কোন ভ্রূণের মস্তকের অভিমুখীন হইয়া থাকে; কিন্তু কনুই এই অবস্থায় পদের দিকে থাকে। একটি পদ অথবা একটি জানু নামাইয়া আনিলে অধিক সুবিধা আছে। কারণ ভ্রূণদেহের

জানুধারণের সুবিধা।

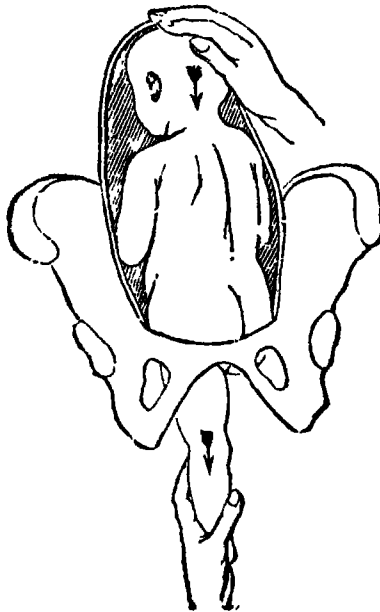
নিম্ন শাখার একার্দ্ধ আকুঞ্চিত হইয়া থাকিলে যে অর্দ্ধটি জরায়ুমুখ দিয়া বাহির করা যায় তাহা অপেক্ষাকৃত বড় থাকে। সুতরাং জরায়ুমুখ সম্পূর্ণ উন্মুক্ত হয় এবং ভ্রূণদেহের অবশিষ্টাংশ প্রসব হইতে কোন কষ্ট হয় না কাজেই সন্তানের বিপদাশঙ্কা অনেক কম।

ভ্রূণ আড়াআড়ি ভাবে থাকিলে কোন্ পদ নামান উচিত।

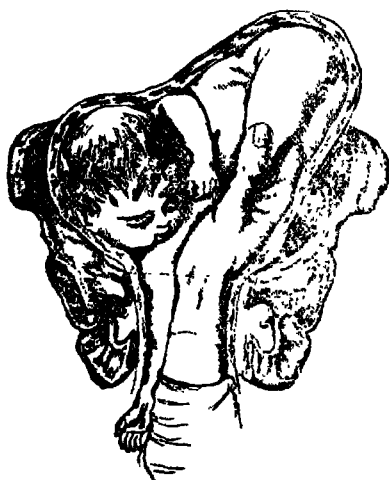
সিম্‌সন্ সাহেব এবং তাঁহার মতাবলম্বী বার্নিজ্ ও অন্যান্য লেখকগণ বলেন যে ভ্রূণের হস্ত অগ্রে নির্গত হইলে তাহার বিপরীত দিকের জানু ধারণ কর্ত্তব্য। তাহা হইলে ভ্রূণদেহ নিজ লম্বা এক্‌সিসের উপর ঘুরিয়া যায় ও নির্গত হস্ত জরায়ু-মধ্যে অনায়াসে পুনঃপ্রবিষ্ট হইতে পারে। কিন্তু ডাং গ্যালাবিন্ অনেক গবেষণার পর তাঁহার নিজকৃত আধুনিক প্রবন্ধমধ্যে প্রমাণ করিয়াছেন যে যে দিকের হস্ত নির্গত হয় সেই দিকের পদ ধারণ করায় অনেক সুবিধা আছে এবং তাহা অনায়াসে ধরা যায়।

ভ্রূণমস্তক ফাণ্ডাসে পৌঁছিলে এবং তাহার পর জরায়ুমুখদিয়া বাহির হইলে সাধারণ পদাগ্রসর প্রসবে অথবা অগ্রে জানুপ্রসবে পরিণত হয়। এইক্ষণে স্বাভাবিক শক্তির উপর নির্ভর করা কর্ত্তব্য কিনা তাহা বিবেচ্য। যে কারণে বিবর্ত্তন আবশ্যক হইয়াছিল তদনুসারে এবং গর্ভিণীর অবস্থানুসারে ইহা স্থির করিতে হয়, কিন্তু সচরাচর অনর্থক অপেক্ষা না করিয়া প্রসব কার্য্যটি সমাধা করাই কর্ত্তব্য। এইজন্য বেদনাকালে পদদ্বয় নিম্নদিকে আকর্ষণ করিবে এবং বিরামকালে বিরত থাকিবে।

বিবর্ত্তনের পর শুশ্রূষা।

ভ্রূণের নাভীরজ্জু দেখা গেলে উহা বাহির করিয়া আনিবে এবং ভ্রূণের হস্তদ্বয় উহার মস্তকের উপর থাকিলে পদাগ্রসর প্রসবের ন্যায় ভ্রূণের মুখের উপর দিয়া হস্ত যথাস্থানে আনিবে। ভ্রূণমস্তক বস্তিগহ্বরে অবতরণ করিলে উহা পদাগ্রসর প্রসবের কৌশলে বাহির করিতে হয়।

ভ্রূণ আড়াআড়ি ভাবে থাকিলে জরায়ুমুখ যেরূপ উন্মোচনশীল থাকে প্লাসেণ্টা প্রিভিয়াতে তদপেক্ষা সহজে উন্মুক্ত হয়।

প্লাসেণ্টা প্রিভিয়াতে বিবর্ত্তন।

প্লাসেণ্টা প্রিভিয়াতে হিক্স্ সাহেবের প্রণালীতে বিবর্ত্তন করিলে অতিশীঘ্র প্রসব করান যায় এবং ইহাতে জরায়ুমুখে কেবল এক কি দুইটি অঙ্গুলি প্রবেশ করাইলে চলে। ইহাতে সফল না হইলে এবং প্রসূতির অবস্থানুযায়ী সত্বর প্রসব করান আবশ্যক হইলে ফ্লুইড্ ডাইলেটার যন্ত্রদ্বারা জরায়ুমুখ অনায়াসে এবং নিরাপদে উন্মুক্ত করা যায়।

জরায়ুমুখে প্লাসেণ্টা সম্পূর্ণ সংযুক্ত থাকিলে যথায় উহার সংযোগ নিতান্ত অল্প তথায় হস্ত প্রবেশ করাইতে হয়। প্লাসেণ্টার সামগ্রী ভেদ করা অপেক্ষা উক্ত উপায় সহজ। কারণ প্লাসেণ্টা ভেদ করা যেরূপ সহজ বিবেচিত হয় সেই প্রকার সহজ নহে। প্লাসেণ্টা আংশিকরূপে যুক্ত থাকিলে উহার অসংযুক্ত সীমা দিয়া হস্ত প্রবেশ করান উচিত। প্লাসেণ্টা প্রিভিয়াতে ভ্রূণের পদ জরায়ুমুখের বাহিরে আনিতে পারিলে সত্বর প্রসব করাইতে নাই। কারণ পদটি জরায়ুমুখে গুঁজিস্বরূপ থাকায় রক্তস্রাব অধিক হইতে পারে না এবং প্রসূতি ক্লান্ত হইয়া পড়িলে এই অবসরে উত্তেজক ঔষধিদ্বারা তাহার বল সংরক্ষা করা যাইতে পারে।

এবডোমিনো-এণ্টীরিয়ার্ অবস্থানে বহুক্ষণ জল ভাঙ্গিয়া গেলে বিবর্ত্তন করা কঠিন মনে হয়, কিন্তু প্রসূতিকে চিৎ করাইয়া শয়ন করাইলে তাদৃশ কঠিন নহে। জরায়ুমধ্যে দক্ষিণ হস্ত প্রবেশ করাইয়া বাম হস্তদ্বারা বাহিরে কার্য্যকরিতে হয়।

এব ডোমিনো-এণ্টী-রিয়ার অবস্থানে বিবর্ত্তন।

এই উপায়ে প্রবিষ্টহস্ত অল্প দূর চালনা করিলেই চলে। গর্ভিণীকে শয্যা-প্রান্তে লিথটমি শস্ত্রক্রিয়ায় যে ভাবে শায়িত করিতে হয় সেই ভাবে উরুদ্বয় বিযুক্ত করিয়া দক্ষিণ হস্ত পিউবিসের পশ্চাৎ দিয়া জ্রূণের উদরের উপরে চালিত করিবে।

জ্রূণের হস্ত অগ্রে নির্গত হইয়া বহুক্ষণ যাবৎ জল নিঃসৃত হইয়া গেলে বিবর্ত্তন করা অত্যন্ত কঠিন। জ্রূণের স্কন্ধ এবং হস্ত বস্তিগহ্বরে দৃঢ়চাপিত এবং উহার দেহ জরায়ুকর্ত্তৃক দৃঢ়বদ্ধ থাকে। জরায়ুর দৃঢ় এবং আক্ষেপিক সঙ্কোচ হয় বলিয়া হস্ত প্রবেশের চেষ্টা করিলে প্রসববেদনা আরও প্রবল হয় এবং অনিষ্ট ঘটিতে পারে। কোন ক্রমে হস্ত প্রবিষ্ট করাইতে পারিলেও জ্রূণদেহ আবর্ত্তন করা অত্যন্ত কঠিন। তখন জ্রূণ জলে ভাসে না এবং জরায়ুচাপদ্বারা চিকিৎসকের হস্ত এরূপ বেদনা প্রাপ্ত হয় যে কার্য্য করিতে একেবারে অক্ষম হইয়া পড়ে। এরূপ স্থলে জরায়ু প্রভৃতি ছিন্ন হইবারও আশঙ্কা থাকে এবং যাহাতে এই দুর্ঘটনা না হয় এমন যত্ন করিতে হয় বলিয়া প্রক্রিয়াটি আরও কঠিন হইয়া পড়িয়াছে।

হস্তাগ্রসর প্রসবের কঠিন স্থল।

এই সকল কঠিন স্থলে জরায়ুর আক্ষেপিক সঙ্কোচের শিথিলতা উৎপাদনের জন্য বিবিধ উপায় অবলম্বিত হইয়া থাকে। কেহ কেহ গর্ভিণীকে দাঁড় করাইয়া তাহার শিরা হইতে রক্তমোক্ষণ করাইবার পরামর্শ দেন এবং বলেন যে যতক্ষণ গর্ভিণী মূর্চ্ছিতা না হয় ততক্ষণ রক্তমোক্ষণ করা বিধেয়।

জরায়ুর শিথিলতা উৎপাদনের জন্য সংজ্ঞাবিলোপী ঔষধির আবশ্যকতা।

আবার কেহ কেহ গর্ভিণীকে গরম জলে স্নান করাইতে বলেন। কেহবা টার্টার্ এমেটিক্ প্রভৃতি অবসাদক ঔষধি প্রয়োগ করিতে পরামর্শ দেন। কিন্তু মুক্তহস্তেক্লোরোফর্ম্ অঘ্রাণ করাইলে যেরূপ উপকার হয় এমন অন্য কিছুতে হয় না। আজকাল ক্লোরোফর্ম্ উপরোক্ত সকল প্রকার চিকিৎসার স্থলাভিষ

বিক্ত হইয়াছে। শস্ত্রক্রিয়ার সময় যেরূপ রোগীকে সম্পূর্ণ সংজ্ঞাহীন করা হয় এস্থলেও তদ্রূপ করা উচিত।

কার্য্যপ্রণালী।

পূর্ব্বে যেরূপে সাবধানে হস্ত প্রবেশ করাইতে পরামর্শ দেওয়া গিয়াছে এস্থলেও সেইরূপ সাবধানে হস্ত প্রবেশ করান কর্ত্তব্য। ভ্রূণের হস্ত যোনিমধ্যে সম্পূর্ণরূপে নির্গত হইয়া থাকিলে তাহা লক্ষ্য করিয়া হস্তপ্রবেশ করাইতে হয়। ভ্রূণের করতল দেখিয়া তাহার উদরের অবস্থান জানা যায়। কেহ কেহ ভ্রূণের নির্গত হস্ত কাটিয়া ফেলিতে পরামর্শ দেন, কিন্তু উহাতে কিছুই সুবিধা নাই। চিকিৎসকের হস্ত জরায়ুমধ্যে পৌছিলে আর অধিক চালিত করা অত্যন্ত কঠিন এবং ভ্রূণের স্কন্ধ বস্তিগহ্বরের প্রবেশ-দ্বারে আটকাইয়া থাকিলে তাহা অতিক্রম করিয়া হস্ত চালনা করা সহজ নহে। ভ্রূণের নির্গমনোন্মুখ অংশ ঊর্দ্ধে ঠেলিয়া দিতে আপত্তি নাই, তবে যাহাতে সঙ্কুচিত জরায়ুপ্রাচীর আহত না হয় এরূপ সাবধানে ঠেলা কর্ত্তব্য। ধৈর্য্য এবং যত্নের সহিত প্রতিবন্ধক অতিক্রম করিয়া হস্ত প্রবেশ করান শ্রেয়ঃ। ভ্রূণের স্কন্ধ অতিক্রম করিলে বেদনার বিরামকালে হস্ত অগ্রসর করিবার চেষ্টা করিতে হয়, কিন্তু বেদনা আসিলে ভ্রূণদেহের উপর উহা বিস্তৃত করিয়া একেবারে নিশ্চলভাবে রাখিতে হয়। হস্তটি ভ্রূণদেহের উপর বিস্তৃত রাখাই নিরাপদ নতুবা অঙ্গুলির উন্নত সন্ধিগুলির (নাক্‌লস) দ্বারা জরায়ুপ্রাচীর ছিন্ন হইতে পারে। হস্ত সমধিক প্রবিষ্ট হইলে জানু ধরিয়া নামাইয়া আনিতে হয়। একটি জানু ধরিবার কারণ পূর্ব্বে বলা গিয়াছে।

ভ্রূণের পদ নামাইয়া আনিলেও যথায় উহা ঘুরে না তথায় কি করা কর্ত্তব্য।

ভ্রূণের একটি পদ ধরিয়া জরায়ুমুখের বাহিরে আনিলেও সকল সময়ে ভ্রূণ নিজ এক্সিসের উপর ঘুরে না; কারণ তাহার স্কন্ধ বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বারে এরূপ আটকাইয়া যায় যে কোন ক্রমেই উহা সাওামের দিকে উঠে না। বাহির হইতে ভ্রূণমস্তক ঊর্দ্ধে ঠেলিয়া দিলে কিছু সাহায্য হইতে পারে। কারণ মস্তকের সহিত স্কন্ধও ঊর্দ্ধে উঠিবার সম্ভাবনা। ইহাতে সফল না হইলে একটি ফিতা অথবা তারের ফাঁসদ্বারা ভ্রূণের নিম্নশাখা বাহিরে নিয়ত পশ্চাদ্দিকে টানিতে হয় এবং তৎসঙ্গে অপর হস্ত যোনিমধ্যে প্রবেশ করাইয়া প্রবেশদ্বার হইতে সরাইয়া দিতে হয়। পূর্ব্বে হইতে বাম [illegible]

্ত থাকিলে ফাঁশ লাগান যায় না। কারণ একত্র উভয় হস্ত যোগ করাইবার স্থান নাই। সাধারণ উপায়ে বিবর্ত্তন করিতে না কৌশলে প্রায়ই সফল হওয়া যায়। ভ্রূণের অঙ্গে ফিতা বাঁধিবার তাহার স্কন্ধ সরাইবার জন্য বিবিধ যন্ত্র নির্ম্মিত হইলেও চিকিৎ- হর তুল্য কোনটিই সহজ ও নিরাপদ নহে।

কারে বিবর্ত্তন করিতে না পারিলে ইভিসারেশন্ (অর্থাৎ ভ্রূণের অন্তঃকোষ্ঠ কাটিয়া বাহির করা) অথবা ডিক্যাপিটে- শন্ (অর্থাৎ শিরশ্ছেদ) দ্বারা ভ্রূণকে কাটিয়া বাহির করিতে হয়। সৌভাগ্যবশতঃ এরূপ কঠোর চিকিৎসা অত্যন্ত অল্পসংখ্যক স্থলে আবশ্যক হয়। নিতান্ত অসু- লেও যত্ন ও ধৈর্য্য সহকারে বিবর্ত্তন করা সাধ্য।

ব বিবর্ত্তন
পারিলে
ও করিয়া
ত হয়।

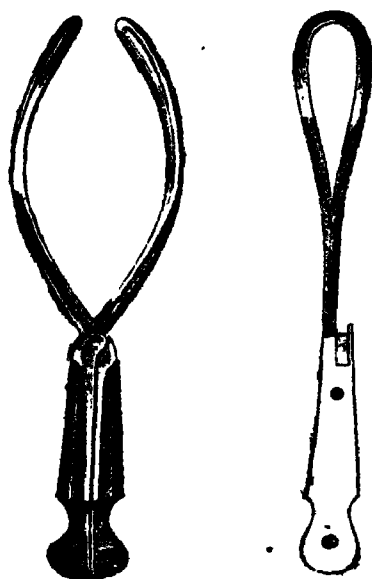
তৃতীয় পরিচ্ছেদ।

ফর্সেপ্‌স্ বা সন্দংশ যন্ত্র।

কিৎসায় যত প্রকার শস্ত্রক্রিয়া আবশ্যক হয় তন্মধ্যে ফর্সেপ্‌স্ ন্ত প্রয়োজনীয়, কেন না ইহাদ্বারা প্রসূতি ও সন্তান উভয়কেই য়।

ধাত্রীচিকিৎসকগণ ইহা অধিক ব্যবহার করিয়া থাকেন কিন্তু প্রাচীন পণ্ডিতগন ইহা সর্ব্বদা ব্যবহার করিতে নিষেধ করিতেন। দক্ষতা ও বিবেচনার সহিত ব্যবহার করিতে র্সেপ্‌স্ দ্বারা যে অনিষ্ট ঘটিতে পারে তাহাতে সন্দেহ নাই। য়া আবশ্যক মত ব্যবহার না করা অন্যায়। তবে ইহা ব্যবহার ও নৈপুণ্যের আবশ্যক হয় এবং কোন্ স্থলে সহজে প্রয়োগ

'প্‌স্
হয়।

করা যায়, আর কোথাইবা যায় না তাহা বিশেষরূপে জ্ঞাত থাক
ফর্সেপ্‌স্ ব্যবহারে দক্ষতা লাভ করিতে হইলে প্রথমে যন্ত্রনির্মি
সন্তানের উপর উহা লাগাইতে অভ্যাস করিয়া পরে ভ্রূণের
কর্ত্তব্য। অভ্যাস না থাকিলে কখনই দক্ষতা জন্মে না এবং ধাত্রী
দক্ষতা ও নৈপুণ্য যত আবশ্যক তত অন্য বিষয়ে নহে।

ফর্সেপ্‌স্ যন্ত্রকে কৃত্রিম হস্তস্বরূপ জ্ঞান করিতে হয়। প্র

যন্ত্র বর্ণনা। সূতি শক্তির অভাব থাকিলে ফর্সেপ্‌স দ্বা

দৃঢ়রূপে ধারণ করিয়া প্রসবদ্বার দিয়া টানিয়া আনা যায়। সু
আকর্ষক যন্ত্র বলিয়া স্মরণ রাখা আবশ্যক। দুইটি বক্রফলক
যন্ত্র নির্ম্মিত। এই দুইটি ফলক ভ্রূণমস্তক ধারণের উপ
নির্ম্মিত। ইহাতে একটি খিল আছে যদ্দ্বারা দুইটি ফলক
একত্র হইয়া যায়। প্রত্যেক ফলকে এক একটি বাট আ

ধরিয়া টানিতে হয়। ফর্সেপ্স্ যন্ত্রের প্রকারভেদ এত অধিক দেখা যায় যে তাহা বর্ণনা করিয়া শেষ করাযায় না।

ছোট ফর্সেপ্স্।

চেম্বার্লেন্স্ সাহেবেরা প্রথমে যে ছোট সরল ফর্সেপ্স্ নির্ম্মাণ করেন তাহাই আদর্শ করিয়া ছোট ফর্সেপ্স্ যন্ত্র নির্ম্মিত হয়। এই যন্ত্র অনেক স্থলে অধিক ব্যবহৃত হয়। ডেন্ম্যান্ সাহেবের ছোট ফর্সেপ্স্ ইহার অনুরূপ।

কেবল প্রভেদ এই যে ইহার খিল ভিন্নরূপ। এই খিল প্রথমে স্মেলি সাহেব আবিষ্কার করেন। ইহা এত সুন্দর ও ইহাদ্বারা এত সহজে ফলকদ্বয় একত্রিত করা যায় যে ফরাসী ও জার্ম্মান্ খিলের অপেক্ষা ইহা অনেকাংশে শ্রেষ্ঠ। ছোট ফর্সেপ্স্এর ফলকদ্বয় ৭ ইঞ্চ্ ও বাঁট ৪½ ইঞ্চ্ লম্বা। ফলকদ্বয়ের শেষাংশ পরস্পর হইতে ১ ইঞ্চ্ ব্যবধানে থাকে। ফলকদ্বয়ের মধ্যে যে স্থানটি সর্ব্বাপেক্ষা প্রশস্ত তাহার পরিমাপ ২½ ইঞ্চ্। ফলকদ্বয়ের প্রস্থ যেখানে অত্যন্ত অধিক তথায় ১¼ ইঞ্চ্ মাত্র। খিল হইতে ফলকদ্বয় সমভাবে বক্র হইয়া উঠিয়াছে। ফলকদ্বয় অতি উৎকৃষ্ট উত্তম পান দেওয়া ইস্পাতদ্বারা নির্ম্মিত। ভারসহিষ্ণু হইবে বলিয়া পান দেওয়া হয়। ফলকদ্বয়ের ভিতর দিক গোল ও মসৃণ, কারণ তাহা না হইলে ভ্রূণমস্তকে আঘাত লাগিবার সম্ভাবনা।

এই যন্ত্রের সুবিধা।

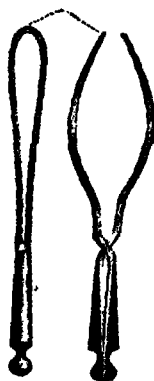
অনেকে বলেন যে এই যন্ত্রের প্রধান সুবিধা এই যে ইহার উভয়ার্দ্ধ ঠিক সমান হওয়ায় কোন্ ফলকটি প্রথমে প্রবিষ্ট করাইতে হইবে তাহা লইয়া কোন গোল হয় না, কিন্তু ইহা বিশেষ সুবিধা বলা যায় না, কেননা যে ব্যক্তি ফর্সেপ্স্ ব্যবহার করিবার সময় কোন্ ফলকটি প্রথমে ব্যবহার করিতে হইবে জানেন না কিম্বা ভ্রমক্রমে অনুপযোগী ফলক ব্যবহার করিয়া ভ্রম সংশোধন করিতে পারেন না অথবা প্রত্যুৎপন্নমতিত্ব বজায় রাখিতে পারেন না তাঁহার ফর্সেপ্স ব্যবহার করা উচিত নহে। এই যন্ত্র ছোট বলিয়া এবং ইহার পেল্ভিক্ কার্ভ্ নাই বলিয়া যথায় ভ্রূণমস্তক বস্তিগহ্বরের নিম্নে থাকে কিম্বা একেবারে পেরিনীয়ামে থাকে কেবল তথায় ইহা উপযোগী।

পেল্ভিক কার্ভ্ ও ইহার সুবিধা।

ফর্সেপ্সএ পেল্ভিক্কার্ভ্ বা দ্বিতীয় (সেকেণ্ড্) কার্ভ্ থাকা উচিত কি না তৎসম্বন্ধে অনেক মতভেদ আছে। ছোট ফর্সেপ্স্ এবং ইহার অনুকরণে যত ফর্সেপ্স্ নির্ম্মিত হইয়াছে সেই

সকল ফর্সেপ্‌স্ কেবল ভ্রূণমস্তক ধরিবার জন্য ব্যবহৃত হয়। বস্তিগহ্বরের এক্সেসের সহিত ইহার কোন সংস্রব নাই; সুতরাং ভ্রূণমস্তক বস্তিগহ্বরের ঊর্দ্ধদেশে থাকিলে ছোট ফর্সেপস্ ব্যবহারে প্রসূতির কোমলাংশে আঘাত লাগিবার সম্ভাবনা। বিশেষতঃ ছোট ফর্সেপ্‌স্ ব্যবহারে পশ্চাদ্দিকে টানিতে হয় বলিয়া বিটপ অতি বিস্তৃত হইয়া ছিন্ন হইবার সম্ভাবনা। ভ্রূণমস্তক বস্তিগহ্বরের নিম্নদেশে নামিবার পূর্ব্বে ফর্সেপস্‌এর দ্বিতীয় বক্রতা যে একান্ত আবশ্যক তাহা আজকাল অধিকাংশ ধাত্রীচিকিৎসক স্বীকার করেন। কিন্তু মস্তক নিম্নে নামিলে দ্বিতীয় বক্রতা না থাকিলেও চলে।

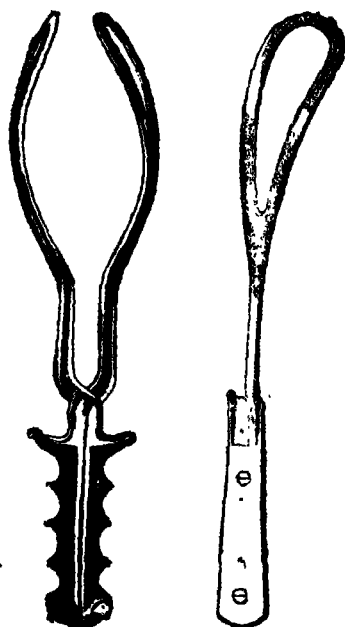
যে যে স্থলে সরল ফর্সেপ্‌স্ আবশ্যক হয়।

অকসিপিটো-পোষ্টিরিয়ার্ অবস্থানের কোন কোন স্থলে সরল ফর্সেপ্‌স্ ব্যবহার করিবার আবশ্যক হয়, কারণ সেই সকল স্থলে ভ্রূণমস্তক বস্তিগহ্বরের অনেকদূর পর্য্যন্ত আবর্ত্তিত করিতে হয়। এরূপ স্থলে অত্যন্ত অধিক বক্র যন্ত্রদ্বারা অনিষ্ট ঘটা সম্ভব; কিন্তু এরূপ ঘটনা অতিবিরল বলিয়া পেল্‌বিক বক্রতা বিশিষ্ট যন্ত্র অধিক ব্যবহারে আপত্তি নাই।

জীগ্‌লারের ফর্সেপ্‌স্।

স্কটলণ্ড দেশে যে ছোট ফর্সেপস ব্যবহৃত হয় তাহা মৃত ডাং জীগ্‌লারের নির্ম্মিত। জীগ্‌লারের ফর্সেপ্‌স এ সুবিধা এই যে ইহার ফলকদ্বয় প্রবিষ্ট হইলে অনায়াসে একত্রিত হয়। ইহার আয়তন ও আকার প্রায় ডেন্‌ম্যানের ফর্সেপ্‌স্ এর ন্যায় কিন্তু প্রভেদ এই যে

ইহার নিম্নতর ফলকের ফিনেষ্ট্রাম্ বাঁট পর্য্যন্ত যায়। এই ফর্সেপ্‌স্ প্রবেশ করাইবার সময় প্রথমে উপরের ফলকখানি প্রবিষ্ট করাইয়া তাহার পর নিম্নতর ফলকটী প্রথম ফলকের বাঁটের উপর উঠাইয়া দিলে যথাস্থানে গিয়া আপনা হইতে খিল লাগিয়া যায়। ইহার অসুবিধা এই যে ইহাতে দ্বিতীয় বক্রতা নাই, কিন্তু প্রবেশ করাইবার সুবিধা আছে বলিয়া যাঁহারা ইহা ব্যবহার করেন তাঁহারা অন্য ফর্সেপ্‌স্ অপেক্ষা ইহাকে অধিক মনোনীত করেন।

দীর্ঘফর্সেপ্‌স্। যথায় ভ্রূণমস্তক প্রসূতির পেরিনীয়ামে অথবা বস্তিগহ্বরের নিম্নদেশে না থাকে তথায় দীর্ঘ ফর্সেপ্‌স আবশ্যক। স্মেলী সাহেব প্রথমে দীর্ঘ ফর্সেপ্‌স নির্ম্মাণ করেন। এই দীর্ঘ ফর্সেপ্‌স ক্রমে ক্রমে নানা প্রকার হইয়া উঠে। বিলাতে যে দীর্ঘ ফর্সেপ্‌স্ ব্যবহার করা হয় তাহা সিম্‌সন্ সাহেবের নির্ম্মিত। সিম্‌সনের দীর্ঘ ফর্সেপ্‌স সর্ব্বাপেক্ষা উৎকৃষ্ট। নানাবিধ যন্ত্র দেখিয়া সিম্‌সন্ সাহেব তাহার উৎকৃষ্টাংশগুলি গ্রহণ করিয়াছেন এবং তাহার উপর নিজ বুদ্ধিবলে অনেক উন্নতি করিয়া স্বনামখ্যাত দীর্ঘ ফর্সে-প্‌স্ নির্ম্মাণ করেন। ইহার তুল্য উৎকৃষ্ট ফর্সেপ্‌স্ অদ্যাপি দেখা যায় না। ইহার ফলকের বক্র অংশ ৬½ ইঞ্চ্ লম্বা, ফিনেষ্ট্রাম্ যথায় সর্ব্বাপেক্ষা প্রশস্ত তথায় ১½ ইঞ্চ। বাঁট বন্ধ রাখিলে ফলকের শেষাংশ পরস্পর হইতে ১ইঞ্চ্ দূরে থাকে। ফলকদ্বয়ের মধ্যে সর্ব্বাপেক্ষা প্রশস্ত অংশের দূরত্ব ৩ ইঞ্চ্। এত অধিক প্রশস্ত হইবার কারণ এই যে ভ্রূণমস্তকে অধিক চাপ পড়ে না অথচ ইহাদ্বারা আকর্ষণ করিবার কোন বিঘ্ন ঘটে না। অন্যান্য দীর্ঘ ফর্সে-প্‌স্ অপেক্ষা ইহার পেল্‌বিক্‌কার্ভ্ অধিক নহে বলিয়া ভ্রূণমস্তক আবর্ত্তন করিবার সময় প্রসূতির কোমলাংশে আঘাত লাগিবার সম্ভাবনা নাই। ফলকের বক্রাংশ ও খিলের মাঝামাঝি একটি সবলাংশ আছে ইহাকে শ্যাঙ্ক্ বলে। শ্যাঙ্কের পরিমাপ ২½ ইঞ্চ্ এবং শ্যাঙ্ক্ বাঁটে মিলিত হইবার পূর্ব্বে সমকোণে বক্র হইয়া জানুর ন্যায় হইয়াছে। এই শ্যাঙ্ক্ সকল ফর্সেপ্‌স্এ বিশেষতঃ দীর্ঘ ফর্সেপ্‌স্এ থাকা আবশ্যক, কেননা শ্যাঙ্ক্ না থাকিয়া ঠিক ফলকদ্বয়ের নিম্নে খিল থাকিলে ফলকদ্বয় মিলিত হইবার সময় খিলে প্রসূতির কোমলাংশ আবদ্ধ হইয়া আঘাত প্রাপ্ত হওয়া সম্ভব। শ্যাঙ্কে জানু থাকিবার আবশ্যক এই যে ফলকদ্বয় মিলিত হইলে হঠাৎ খুলিয়া যাইতে পারে না এবং

শ্যাকে অঙ্গুলি রাখিয়া আকর্ষণের সুবিধা হয়। অন্য প্রকার দীর্ঘ ফর্সেপ্‌সএ অঙ্গুলি রাখিবার জন্ত অর্দ্ধচন্দ্রাকৃতি বক্রতা থাকে। অন্যান্য দীর্ঘ ফর্সেপ্‌সএ বাঁট মসৃণ থাকায় দৃঢ়মুষ্টিতে ধরা যায় না, কিন্তু সিম্‌সনের দীর্ঘ ফর্সেপ্‌সএর বাঁটে খাঁজ কাটা আছে ও ইহার সম্মুখ হইতে পশ্চাদ্দিক্‌ চ্যাপ্টা সুতরাং ধরিবার সময় পিছলাইয়া যায় না। খিলের শেষাংশের নিকট উভয়পার্শ্বে দুইটি প্রবর্দ্ধন আছে ইহাতে তর্জ্জনী ও মধ্যমা অঙ্গুলি রাখিয়া টানিবার সুবিধা হয় ও জোর পাওয়া যায়।

ভ্রূণমস্তক যথায় বস্তিগহ্বরের ঊর্দ্ধদেশে থাকে যদিও কেবল সেই সকল স্থলে দীর্ঘ ফর্সেপ্‌স ব্যবহার করিতে বলা হয় তথাপি সিম্‌সনের দীর্ঘ ফর্সেপ্‌স সর্ব্বত্র ব্যবহৃত হইতে পারে। অনেক স্থলে ভ্রূণমস্তক নিম্নে থাকিলেও ছোট অপেক্ষা দীর্ঘ ফর্সেপ্‌স অধিক কাজে লাগে। চিকিৎসকের পক্ষে একই প্রকার যন্ত্র

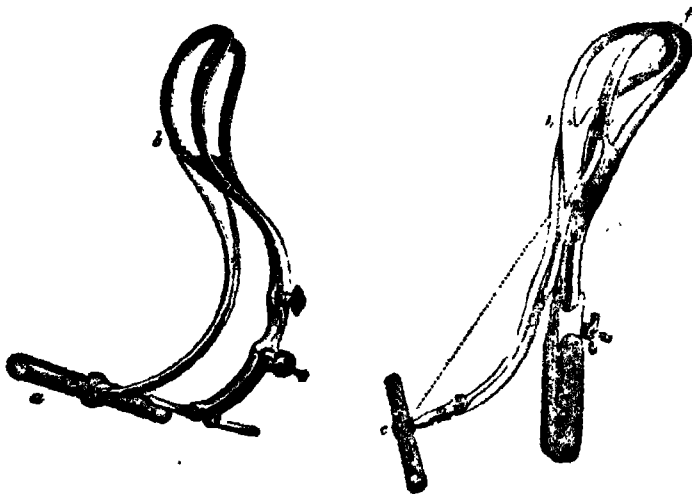
দীর্ঘ ফর্সেপ্‌স। সকল স্থলেই উপযোগী।

অভ্যাস করাই শ্রেয়ঃ সুতরাং সিম্‌সনের দীর্ঘ ফর্সেপ্‌স্ লইয়া অভ্যাস করিলে ভাল হয়। বিবিধ প্রকার ফর্সেপ্‌স্ সংগ্রহ করিতে অনেক ব্যয় ও শ্রম লাগে অতএব চিকিৎসক কেবল সিম্‌সনের ফর্সেপ্‌স ব্যবহার করিতে দক্ষ হইলে সকল সময়ে ও সকলস্থলে উপকার করিতে পারেন।

ক্ষীণযন্ত্রের অসুবিধা। অনেকে বলেন যে সিম্‌সনের যন্ত্রে সহজ স্থলেও অত্যন্ত বল প্রয়োগ করিতে হয় সুতরাং ইহার পরিবর্ত্তে ক্ষীণযন্ত্র ব্যবহার করা উচিত, কিন্তু ইহা অত্যন্ত ভুল। সিম্‌সনের যন্ত্রে অধিক বলপ্রয়োগ করা যায় বলিয়া যে আবশ্যক না হইলেও বল লাগাইতে হইবে তাহার কারণ নাই। যেরূপ ধীরে ধীরে ক্ষীণযন্ত্র ব্যবহার করা যায় সিম্‌সনের যন্ত্রও সেইরূপ ধীরে ধীরে ব্যবহার করা আবশ্যক। ডাং হজ্ এই সম্বন্ধে যাহা বলিয়াছেন তাহা উদ্ধৃত না করিয়া থাকা যায় না। তিনি বলেন "যে ব্যক্তি ফর্সেপ্‌স্ ব্যবহার করিবার সময় কতদূর বলপ্রকাশ আবশ্যক ইহা না জানে এবং কিরূপ বলপ্রয়োগ করিলে নিরাপদে প্রসব করান যাইতে পারে ইহা না জানে তাহার ফর্সেপ্‌স স্পর্শ করা উচিত নহে। প্রয়োজনাতীত বল কাহারও থাকিলে সেই বল যে প্রয়োগ করিতেই হইবে তাহার কোন কারণ নাই। যথায় অধিক বলের আবশ্যক তথায় দীর্ঘ ফর্সেপ্‌স্ দ্বারা যেরূপ বিবেচনা মত বলপ্রয়োগ করা যাইতে পারে ছোট ফর্সেপ্‌স্এ সেরূপ নহে। আবার দুরূহ স্থলে ছোট ফর্সেপস ব্যবহার করিলে চিকিৎসককে শারীরিক বল অধিক প্রয়োগ করিতে হয়। কিন্তু দীর্ঘ ফর্সেপ্‌স্এর দৈর্ঘ্য থাকায় শারীরিক বল সামান্য লাগে এবং ইহাদ্বারা প্রসূতির কোমলাঙ্গে আঘাত পাইবার আশঙ্কা থাকে না।"

ইউরোপীয় অন্যান্য দেশের ফর্সেপ্‌স্। ইউরোপের অন্যান্য দেশে এবং আমেরিকায় যে সকল ফর্সেপ্‌স্ ব্যবহার হয় তাহাদের আকার ও গঠন ইংলণ্ডে ব্যবহৃত ফর্সেপ্‌স্-এর আকার ও গঠন হইতে অনেক বিভিন্ন। তথাকার ফর্সেপ্‌স্ অপেক্ষাকৃত বড় ও শক্তিমান্ এবং তাহার পিবট্ বা অক্ষাগ্র কীলকযুক্ত। এই ফর্সেপ্‌স্এর পেলবিক্ কার্ভ্ থাকে। আজকাল জার্মানির কোন কোন প্রদেশে সিম্‌সনের ফর্সেপ্‌স্ ব্যবহৃত হয়। কন্টিনেন্টাল্ ফর্সেপ্‌স্এর অসুবিধা এই যে উহা বড় ভারী। ইহার বাঁট ফলকের সহিত একত্র

ঢালাই করা বলিয়া এত ভারী হয়। ফলক প্রভৃতি ইহার অন্যান্য অংশ বিলাতী ফর্সেপ্‌সএর ন্যায়।

অধ্যাপক টার্ণিয়ার সাহেব যে ফর্সেপস্ নির্ম্মাণ করিয়াছেন আজকাল টার্ণিয়ারের ফর্সেপ্‌স্। অনেক স্থলে তাহা ব্যবহৃত হয়। অন্যান্য ফর্সেপ্‌স্-এর ন্যায় ইহার বাঁট ধরিয়া টানিতে হয় না। টানিবার জন্য আর একটি স্বতন্ত্র বাট ফলকের ফিনেষ্ট্রার নিম্ন ছিদ্রের নিকট সংলগ্ন থাকে। ইহার উদ্দেশ্য এই যে টানিবার সময় অধিক জোর লাগে না ও বস্তিগহ্বরের এক্সিস্ অনুসারে টানা যায়, ফলকদ্বয় পিছলাইয়া যায় না এবং ভ্রূণমস্তক আবর্ত্তন সম্বন্ধে কোন বিঘ্ন ঘটে না। কিন্তু বিলাতী ফর্সেপ্‌সএর ন্যায় ইহার গঠন তত সহজ নহে এবং ইহার এমন কোন বিশেষ গুণ দেখা যায় না যদ্দ্বারা উক্ত দোষ খণ্ডন হয়।

সিম্‌সনের এক্সিস্ ট্র্যাক্‌শন্ ফর্সেপ্‌স্।

এডিনবার্গ্ নগরবাসী অধ্যাপক সিম্‌সন সাহেব টার্ণিয়ারের ফর্সেপ্ কিঞ্চিৎ পরিবর্ত্তন করিয়া স্বনামখ্যাত এক্সিস্ ট্র্যাক্‌শন্ ফর্সেপ্‌স্ নির্ম্মান করিয়াছেন।

রর ফর্সেপ্স্এর স্বতন্ত্র বাঁট ট্র্যাক্‌শন্ ফর্সেপ্স্এর ফলাকে সংলগ্ন হ এবং ইহার নির্ম্মাণকৌশল অনেক সহজ করা হইয়াছে। ডাং রা অনেক সুখ্যাতি করেন এবং বস্তুত ইহা যে উদ্দেশে নির্ম্মিত হইয়াছে। ডাং প্লেফেয়ার্ সাহেব গত দুই বৎসর হইতে ট্র্যাক্‌শন্ ব্যবহার করিয়া অত্যন্ত সন্তুষ্ট হইয়াছেন। তিনি বলেন যে ভ্রূণমস্তক লে ইহার ন্যায় উপযোগী যন্ত্র আর নাই।

প্স্ দ্বারা তিন প্রকার কার্য্য হয় :—

র কার্য্য। (১) ট্র্যাক্‌টার্ অর্থাৎ আকর্ষক যন্ত্রের কার্য্য।

(২) লীভার্ অর্থাৎ উত্তোলন দণ্ডের কার্য্য।

(৩) কম্‌প্রেসর্ অর্থাৎ চাপন যন্ত্রের কার্য্য।

প্স্ দ্বারা সন্তান টানিয়া আনাই ফর্সেপ্স্এর প্রধান কার্য্য। জরায়ুর ন কার্য্য সঙ্কোচদ্বারা প্রসব নিষ্পন্ন না হইলে জরায়ুর কার্য্য সহায়তা জন্য ফর্সেপ্ ব্যবহার করা হয় অথবা কোন উপসর্গ হর প্রসব করাইবার জন্য ফর্সেপ্স্ ব্যবহার করা যায়। অনেক বল টানিলেই সফল হওয়া যায়। কিন্তু সর্ব্বত্র কৃতকার্য্য হইবার বং যাহাতে কোথাও পিছলাইয়া না যায় তজ্জন্য ফর্সেপ্স্ রীতিমত করা উচিত ও যাহাতে উপযুক্ত বক্রতা থাকে তাহা করা আবশ্যক। তঃ যেসকল ছোট সরল যন্ত্র ব্যবহৃত হয় তাহাদের উক্ত গুণ না থাকায় ব সময় পিছলাইয়া যায়।

র্সেপ্স্ দ্বারা লীভার্ অর্থাৎ উত্তোলন দণ্ডের কার্য্য পাওয়া যায়। কিন্তু লন দণ্ডের কার্য্য। যত অধিক বর্ণিত হয় তত অধিক কার্য্য হয় না। ক ফর্সেপ্স্কে প্রথম শ্রেণীর লীভার্ বা উত্তোলন দণ্ড বলেন। ইহার ট, ফালক্রাম্ শিশে ও ভার শেষাংশে। ফর্সেপ্স্ প্রবিষ্ট করাইয়া বাঁট দৃঢ় না করিয়া যদি এরূপ আল্‌গা রাখা যায় যে একটি ফলকের উপর ফলক কার্য্য করিতে পারে তাহা হইলে ফর্সেপ্স্ দ্বারা উত্তোলন দণ্ডের পাওয়া যায়। কিন্তু সচরাচর বাঁট দুইটি যেরূপ দৃঢ়রূপে ধারণ করা যায় তাতে উক্ত কার্য্য হয় না এবং তখন উভয় ফলক মিলিয়া একটিমাত্র যন্ত্র গণিত হয়।

গ্যালাবিন্ সাহেব বিশেষ অনুশীলনের পর স্থির করিয়াছেন যে ফর্সেপ্‌স্‌এর দুইটি ফলক ও ভ্রূণমস্তক একত্র উভয়কে লীভার্‌ বলা যায়, ফলকদ্বয় ভ্রূণমস্তকে লাগাইবামাত্র আর লীভার্‌ বলা যায় না এবং ওদিক নাড়ায় কোন ফল হয় না। (২) ফর্সেপ্‌স্‌এর বাঁটে তির্য্য দিতে হয়। প্রতিরোধ অথবা ভার, প্রতিরোধ এবং ফাল্‌ক্রামের ম ফাল্‌ক্রামের বাহিরে কার্য্য না করিয়া উক্ত দুই বিন্দু যোগ করিয়া কোণে যে রেখা টানা যায় সেই রেখার সমতলে কার্য্য করে এবং য যে অংশে ভ্রূণমস্তকের অধিকাংশ থাকে সেই অংশের সমতলের কোণে রেখা টানিলে সেই রেখার সম্পাত অনুসারে উহার গতি হ সরল ফর্সেপ্‌স্‌ ব্যবহার করিলে তাহার বাঁটের সহিত সমান্তরালে থাকে। অতএব ইহা তিন শ্রেণীর লীভারের কোনটিরই অন্তর্গ (৩) ইহার ফাল্‌ক্রমে কতক ঘর্ষণ দ্বারা এবং কতক আকর্ষণ ও এ টানা দ্বারা স্থির থাকে অর্থাৎ নীচের দিকে অধিক ও একপার্শ্বে হই পার্শ্বে অল্প টানিয়া ফাল্‌ক্রম্‌ স্থিরকরিতে হয়।

তিনি আরও বলেন যে সাধারণ ফর্সেপ্‌স্‌ একপার্শ্ব হইতে অ ঘড়ির পেণ্ডুলামের মত টানিবার আবশ্যক নাই। কেবল সোজা দি লেই চলে। কিন্তু মস্তক আবদ্ধ থাকিলে যখন বলের আবশ্যক ক অল্প এদিক ওদিক করিয়া টানিলে সুবিধা হয়। এরূপ টানায় মস্তক হইলে কিছুক্ষণ টানা যাইতে পারে।

ফর্সেপ্‌স্‌ দ্বারা চাপ কতদূর দেওয়া যাইতে পারে তাহা লইয়া আছে। ইংলণ্ড ভিন্ন অন্যদেশীয় ফর্সেপ্‌স্‌এর

ফর্সেপ্‌স্‌দ্বারা চাপন যন্ত্রের ক্রিয়া।

পরস্পরের নিকট থাকায় ভ্রূণমস্তকে সমধিক চাপ যাইতে পারে বটে, কিন্তু এই চাপ কোন উপকারে আইসে কি না সন্দেহ বিলম্বসাধ্য প্রসবে ভ্রূণমস্তকে যেরূপ ভয়ানক চাপ পড়িয়া মস্তকাস্থি সংকীর্ণ হইয়া যায়। তাহার উপর ফর্সেপ্‌স্‌ দ্বারা আবার চাপ দিলে প্রাণসংশয় হইবার সম্ভাবনা। বস্তিগহ্বরের সম্মুখপশ্চাৎ মাপের সঙ্কী বশতঃ অসামঞ্জস্য থাকিলে ভ্রূণমস্তকে চাপ দিতে পারিলে উপকার হয় কিন্তু সেস্থলে ফর্সেপ্‌স্‌ দ্বারা চাপ দিলে মস্তকের এমন স্থলে চাপ পড়ে

রের সঙ্কীর্ণতা নাই। মস্তকের যে অংশ সঙ্কীর্ণ স্থানে থাকে তথায় চাপ না পড়িলে তাহার আয়তনের হ্রাস হয় না সুতরাং ফর্সেপ্‌স্ দ্বারা অনাবশ্যক চাপ দিবার আবশ্যকতা নাই।

যোনিমধ্যে বাহ্যবস্তু প্রবেশ করাইলে তাহার উত্তেজনায় জরায়ুসঙ্কোচ উপস্থিত হইতে পারে বলিয়া ফর্সেপ্‌স্ প্রবেশ করাইলে কখন কখন জরায়ুসঙ্কোচ উপস্থিত হয়। ফর্সেপ্‌সের এই কার্য্যকে ডাইন্যামিক্ কার্য্য বলা হয়। কিন্তু ফর্সেপ্‌স্ দ্বারা সকল সময়ে জরায়ুসঙ্কোচ হয় না বলিয়া ইহার এই কার্য্যে নির্ভর করা যাইতে পারে না.

ফর্সেপ্‌স্ জরায়ু-সঙ্কোচের উপায়।

যে সকল অবস্থায় ফর্সেপ্‌স প্রয়োগ আবশ্যক হয় তাহা অন্যত্র বলা গিয়াছে সুতরাং এস্থলে পুনরুল্লেখ অনাবশ্যক। কিরূপে ফর্সেপ্‌স্ ব্যবহার করিতে হয় তাহাই এখন বলা যাইতেছে। কিরূপে ফর্সেপ্‌স্ ব্যবহার করিতে হইবে তাহা বলিবার পূর্ব্বে উচ্চ ও নিম্ন প্রক্রিয়ার প্রভেদ দেখান যাইতেছে। ভ্রূণমস্তক বস্তিগহ্বরের নিম্নে থাকিলে ফর্সেপ্‌স্ প্রয়োগ করা অতি সহজ। যথায় ভ্রূণমস্তক ও বস্তিগহ্বরের সামঞ্জস্যের কোন বৈলক্ষণ্য নাই কেবল সূতি শক্তির সহায়তার জন্য ঈষৎ টানিতে পারিলে প্রসব হয় তথায় সামান্য দক্ষতা থাকিলে সকল চিকিৎসকই নিরাপদে ফর্সেপ্‌স্ প্রয়োগ করিতে পারেন। কিন্তু ভ্রূণমস্তক বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বারে অথবা ঊর্দ্ধে আবদ্ধ হইলে ফর্সেপ্‌স্ প্রয়োগ সহজ নহে। তখন বিশেষ নিপুণতা, দক্ষতা ও বিবেচনার আবশ্যক করে। এই দুই স্থলের প্রতি লক্ষ্য না রাখিয়া কার্য্য করায় অনেকে ফর্সেপ্‌স্ প্রয়োগের নাম শুনিলেই ভয় পান। ফর্সেপ্‌স্ প্রয়োগের পূর্ব্বে কতকগুলি বিষয়ে মনোযোগ করা কর্ত্তব্য।

যেস্থলে ফর্সেপ্‌স্ প্রয়োগ আবশ্যক তাহা অন্যত্র বলা গিয়াছে।

ভ্রূণমস্তক উচ্চে অথবা নিম্নে থাকিলে ফর্সেপ্‌স্ ব্যবহারের তারতম্য।

ফর্সেপ্‌স্ প্রয়োগের পূর্ব্বে কিকরা কর্ত্তব্য।

(১) ভ্রূণঝিল্লী ভেদ করা কর্ত্তব্য।

(২) ফর্সেপ্‌স্ নিরাপদে ও সহজে প্রবেশ করাইতে গেলে জরায়ুমুখ সম্পূর্ণ উন্মুক্ত ও গ্রীবা ভ্রূণমস্তকের উপর বিস্তৃত থাকা আবশ্যক। অনেকে বলেন যে এই দুইটি ঘটনা উপস্থিত না থাকিলে ফর্সেপ্‌স ব্যবহার করা উচি

নহে; কিন্তু অনেক সময়ে জরায়ুমুখ সম্পূর্ণ উন্মুক্ত থাকিলেও গ্রীবা ভ্রূণমস্তকের উপর পূর্ণবিস্তৃত না হইয়া গ্রীবার সম্মুখোষ্ঠ, মস্তক ও পিউবিসের মধ্যে আটকাইয়া থাকে। তখন ফর্সেপ্‌স ব্যবহার করা আবশ্যক হইয়া পড়ে। এরূপ স্থলে এক হস্তের অঙ্গুলিদ্বারা গ্রীবার সীমা রক্ষা করিয়া ফর্সেপ্‌স সাবধানে প্রবেশ করাইলে গ্রীবায় আঘাত লাগিবার আশঙ্কা থাকে না। জরয়ুমুখ সম্পূর্ণ উন্মুক্ত না থাকিয়া যদি ফর্সেপ্‌স্ প্রয়োগের উপযোগী হইয়া উন্মুক্ত থাকে তবে অত্যন্ত আবশ্যক স্থলে ফর্সেপ্‌স্ ব্যবহার করিবার আপত্তি নাই, কিন্তু অত্যন্ত সাবধানে কার্য্য করা আবশ্যক।

(৩) ভ্রূণমস্তকের সন্ধি ও ব্রহ্মতালু স্পর্শ করিয়া মস্তকের অবস্থান নির্ণয় করা অত্যন্ত আবশ্যক। ইহা না করিলে কখনই ফর্সেপ্‌স ব্যবহার সন্তোষপ্রদ হয় না। এমন কি বিপদ ঘটা সম্ভব। হয়ত অক্সিপিট পশ্চাদ্দিকে থাকিতে পারে। যদিও পশ্চাদ্দিকে থাকিলে ফর্সেপ্‌স ব্যবহার অন্যায় নহে তথাপি এরূপস্থলে বিশেষ সতর্ক হইয়া কার্য্য করিতে হয়।

(৪) মূত্রাশয় ও কোষ্ঠ পরিষ্কার রাখা উচিত।

সংজ্ঞাবিলোপী ঔষধ আবশ্যক কি না।

ফর্সেপ্‌স প্রয়োগের পূর্ব্বে সংজ্ঞাবিলোপী ঔষধ দেওয়া কর্ত্তব্য কি না বিচার করা আবশ্যক। সঙ্কট স্থলে প্রসূতিকে স্থির ও নিশ্চেষ্ট রাখিবার জন্য সংজ্ঞাবিলোপী ঔষধ নিতান্ত আবশ্যক। এরূপ স্থলে একজন সহকারী চিকিৎসক দ্বারা ঔষধ প্রয়োগ করা কর্ত্তব্য। সহজ স্থলে সংজ্ঞাবিলোপী ঔষধ দিবার কোন আবশ্যক নাই কেননা তাহাতে প্রসববেদনা যাহা কিছু থাকে তাহাও বন্ধ হইয়া যাওয়ায় অসুবিধা হয় এবং প্রসূতি, সম্পূর্ণরূপে সংজ্ঞাবিলোপ না হওয়ায় অত্যন্ত অস্থির হইয়া পড়ে ও ফর্সেপ্‌স্ প্রবেশ করান দুঃসাধ্য হইয়া উঠে। এরূপ স্থলে সংজ্ঞাবিলোপী ঔষধ না দিলে প্রসূতি নিজে সুবিধামত থাকিয়া চিকিৎসকের সহায়তা করে।

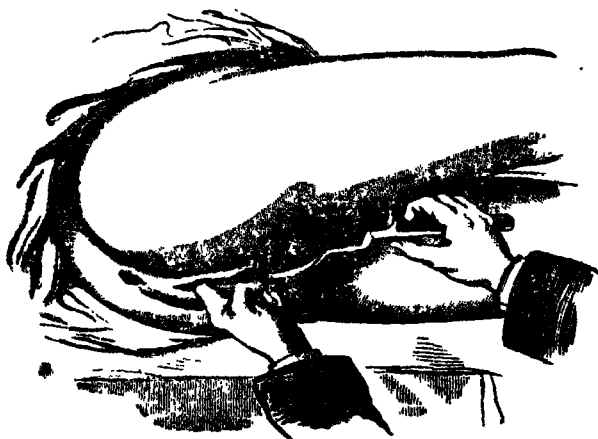
কিরূপে ফর্সেপ্‌স্ প্রবেশ করাইতে হয় বর্ণনা করিতে গেলে প্রথমে সহজ স্থলে অর্থাৎ যথায় ভ্রূণমস্তক বস্তিগহ্বরের নিম্নদেশে থাকে তথায় কিরূপে প্রবেশ করাইতে হয় তাহাই বলা যাইতেছে। পরে ভ্রূণমস্তক ঊর্দ্ধে থাকিলে কি করিতে হইবে বলা যাইবে।

ফর্সেপ্‌স্ প্রয়োগ।

বিলাতে প্রসবকালে গর্ভিণীকে যে ভাবে রাখা হয় ফর্সেপ্‌স্ প্রবেশ করাইবার সময় সেই ভাবে রাখাই ভাল। ইউরোপের অন্যান্য প্রদেশে ও আমেরিকায় গর্ভিণীকে চিৎকরিয়া শয়ন করান হয়। কিন্তু এইভাবে রাখিলে গর্ভিণীকে অযথা উলঙ্গ করিতে হয় ও অধিক লোকের সহায়তা আবশ্যক করে। কোন কোন সঙ্কট স্থলে গর্ভিণীকে চিৎকরিয়া রাখায় সুবিধা আছে; কিন্তু আরম্ভ করিবার সময় পার্শ্বভাবে শয়ন করাইয়া অবশেষে আবশ্যক মত চিৎকরিয়া লইলে চলিতে পারে।

গর্ভিণীকে কি ভাবে রাখা উচিত।

গর্ভিণীকে উপযোগী ভাবে শয়ন করাইয়া রাখিলে ফর্সেপ্‌স্‌এর ফলকদ্বয় সহজে প্রবিষ্ট করান যায়। অতএব যে কোন স্থলে ফর্সেপস্ প্রয়োগের আবশ্যক হয় তথায় প্রথমে গর্ভিণীকে উপযোগী ভাবে শয়ন করান কর্ত্তব্য। গর্ভিণীকে একেবারে শয্যার এক পার্শ্বে আনিয়া তাহার নিতম্ব পালঙ্কের সীমার সহিত সমান্তরালে রাখা উচিত এবং তাহার দেহ নিতম্বের সহিত সমকোণে অর্থাৎ দোমুড়াইয়া রাখিতে হয় ও জানুদ্বয় উদরের দিকে উত্থিত রাখিতে হয়।

উপযোগী ভাবে শয়ন করাইয়া রাখা আবশ্যক।

এই ভাবে রাখিলে ঊর্দ্ধ ফলক প্রবেশের সময় শয্যায় লাগিবার সম্ভাবনা থাকে না। ফর্সেপ্‌স্‌এর ফলকদ্বয় গরম জলে রাখিয়া উষ্ণ করিয়া কোল

ক্রিম্ বা কার্ব্বলিক্ তৈল লাগাইতে হয়। এই সকল উদ্যোগ করিয়া লই। শয্যার পার্শ্বে গর্ভিণীর নিতম্বের নিকট বসিতে হয়।

যে দিক লক্ষ্য করিয়া ফলকদ্বয় প্রবেশ করাইতে হয়।

কোন্ দিক লক্ষ্য করিয়া ফলকদ্বয় প্রবেশ করাইতে হইবে এখন তাহাই বিবেচ্য। ধাত্রীবিদ্যার প্রধান প্রধান গ্রন্থে বস্তিগহ্বরের মাপের প্রতি লক্ষ্য না রাখিয়া কেবল যাহাতে সন্তানের কর্ণের উপর ফর্সেপস যায় তাহাই করিবার পরামর্শ দেওয়া যায়। সুতরাং সন্তানমস্তক আবর্ত্তিত না হইয়া যদি কোন তির্য্যকমাপে থাকে তবে ফলকদ্বয় অপর তির্য্যকমাপ দিয়া প্রবেশ করাইতে হয়। সংক্ষেপে বলিতে গেলে মস্তকের অবস্থানানুসারে ফর্সেপস প্রয়োগ করিতে হয়। কেহ কেহ এতদূর বলেন যে সন্তানের কর্ণ অনুভব করিতে না পারিলে ফর্সেপস্ প্রবেশ নিষিদ্ধ। কিন্তু এই নিয়মে কার্য্য করিতে গেলে অতি আবশ্যক স্থলেও ফর্সেপস প্রবেশ করান অসম্ভব হইয়া পড়ে। মস্তক ঊর্দ্ধে থাকিলে যে ভাবেই থাকুক না কেন বস্তিগহ্বরের আড়াআড়ি মাপ দিয়া ফর্সেপস প্রবেশ করান কর্ত্তব্য, ইহা সকলেই স্বীকার করেন। ইংলণ্ড ভিন্ন অন্যান্য প্রদেশে সকল স্থলেই এই নিয়ম অনুসারে কার্য্য করিতে বলা হয়। মস্তক ঊর্দ্ধেই থাকুক কি নিম্নেই থাকুক ফর্সেপস বস্তিগহ্বরের আড়াআড়ি মাপ দিয়া প্রবেশ করান কর্ত্তব্য। ডাং প্লেফেয়ার্ এই নিয়ম অনুসারে কার্য্য করিয়া বহুকালাবধি সফল হইতেছেন। সন্তানের বাই-প্যারাইটাল্ মাপের উপর দিয়া ফর্সেপস প্রবেশ করাইবার চেষ্টা না করিয়া বস্তিগহ্বরের আড়াআড়ি মাপ দিয়া প্রবেশ করান ভাল। ডাং বার্ণিজ্ যাহা বলেন তাহা ঠিক। তিনি বলেন যে ভ্রূণমস্তক লক্ষ্য করিয়া ফর্সেপস প্রয়োগ করিতে যতই চেষ্টা করি না কেন ফর্সেপস আপনা হইতেই বস্তিগহ্বরের পার্শ্বদেশে গিয়া পড়িবে। সন্তানমস্তকের ভ্রূ ও অক্সিপটের পার্শ্বে ফর্সেপস্-ফলকের চিহ্নই ইহার প্রমাণ। ডাং প্লেফেয়ার বলেন যে বার্ণিজ্ সাহেবের এই মন্তব্য কথার সত্যতা অস্বীকার করা যায় না। সুতরাং প্রত্যেক স্থলে ফর্সেপস্ প্রবেশপদ্ধতি অনর্থক পরিবর্ত্তন করিয়া

সাধারণতঃ সন্তানের কর্ণের উপরে ফর্সেপস্ প্রবেশ করাইবার পরামর্শ দেওয়া হয়।

বস্তিগহ্বরের পার্শ্বের সহিত সম্বন্ধ রাখিয়া ফর্সেপস্ প্রবেশ করান ভাল।

এই প্রক্রিয়াটি দুঃসাধ্য করিবার আবশ্যক নাই। অনর্থক কতকগুলি নিয়ম জড়ীভূত হইলে ফর্সেপ্‌স্‌ প্রয়োগ প্রক্রিয়া অপারদর্শী চিকিৎসকের পক্ষে দুঃসাধ্য হইয়া পড়ে। জটিল ফর্সেপ্‌স্‌ প্রয়োগ প্রক্রিয়াকে যত সরল করিতে পারা যায় ততই মঙ্গল।

যাহাহউক, ফর্সেপ্‌স্‌ প্রয়োগ করিবার পূর্ব্বে ভ্রূণমস্তকের প্রকৃত অবস্থান নির্ণয় করা থাকিলে প্রসব কতদূর অগ্রসর হইতেছে বুঝা যায়। কিন্তু তাহা বলিয়া কেবল ফর্সেপ্‌স্‌ প্রবেশ করাইবার জন্যই যে ভ্রূণমস্তকাবস্থান বিষয়ে জ্ঞান নিতান্ত আবশ্যক তাহা নহে।

নিম্ন ফলক প্রবেশ করাইবার প্রথা।

অঙ্গুষ্ঠ, তর্জ্জনী ও মধ্যমা মধ্যে ফর্সেপ্‌স্‌এর নিম্ন ফলক ধারণ করিয়া প্রথমেই যোনিমধ্যে ধীরে ধীরে প্রবেশ করান কর্ত্তব্য। ফর্সেপ্‌স্‌ যন্ত্রকে উক্তরূপে ধারণ করিলে ইচ্ছামত কার্য্য করা যায় এবং কোথাও প্রতিরোধ প্রাপ্ত হইবামাত্রই অনুভব করিতে পারা যায়। বাম হস্তের দুই বা ততোঽধিক অঙ্গুলি চিৎ করিয়া যোনিমধ্যে ভ্রূণমস্তকের পার্শ্বপর্য্যন্ত রাখিলে ফর্সেপ্‌স্‌এর পথপ্রদর্শকস্বরূপ হয়। জরায়ুগ্রীবা অনায়াসে প্রাপ্য হইলে যাহাতে ফর্সেপ্‌স্‌ গ্রীবামধ্যে প্রবেশ করে ও গ্রীবায় কোন আঘাত না লাগে তজ্জন্য অত্যন্ত সাবধান থাকিতে হয়।

যন্ত্রের বাঁট উচ্চ করিয়া ফলকাগ্র ধীরে ধীরে প্রবিষ্ট-অঙ্গুলির উপর দিয়া যতক্ষণ পর্য্যন্ত ভ্রূণমস্তক স্পর্শ না করে ততক্ষণ প্রবিষ্ট করাইতে হয়। ফলক প্রথমে নির্গমদ্বারের এক্সিস্ অনুসারে প্রবিষ্ট করাইয়া যতই অগ্রসর হইবে ততই ফলকের বাঁট নিম্ন ও পশ্চাদ্দিকে লইয়া যাইতে হইবে।

ধীরে ধীরে যন্ত্র প্রবেশ করান নিতান্ত আবশ্যক।

ফলক ক্রমশঃ অগ্রসর করিতে ইচ্ছা করিলে উহার বাঁট ধরিয়া এক পার্শ্ব ইতে অপর পার্শ্বে ধীরে ধীরে নাড়িতে হয়। এই সময়ে সকল কার্য্যই যত ীরে সম্পন্ন করিতে পারা যায় ততই মঙ্গল। কোথাও প্রতিরোধ পাইবামাত্রই ৎক্ষণাৎ যন্ত্র আংশিক কি পূর্ণরূপে বাহির করিয়া ফেলা উচিত। প্রতিরোধ কৌশলে অতিক্রম করাই কর্ত্তব্য, কখন বলপ্রকাশ করা উচিত নহে। ফলক-ানি এইরূপে পথপ্রদর্শন করাইয়া লইয়া গেলে ভ্রূণমস্তকের কুক্ষ্যংশ অতিক্রম ়র এবং যতক্ষণ স্বস্থানে পতিত না হয় ততক্ষণ ভ্রূণমস্তকের সহিত ফলকের ়ং সংস্পর্শ রাখিতে হয়। নিম্ন ফলক সম্পূর্ণ প্রবিষ্ট হইলে অর্থাৎ স্বস্থানে ত হইলে উহার বাঁট বিটপের দিকে লইয়া গিয়া একজন সহকারীর হস্তে হয়। প্রসববেদনার বিরামকালেই ফলক প্রবেশ করান কর্ত্তব্য এবং । আসিলেই নিশ্চেষ্ট থাকা উচিত। ইহা স্মরণ না রাখিলে গর্ভিণীর সাজ্ঞা

ঠিক আঘাত লাগিবার সম্ভাবনা। দ্বিতীয় ফলকখানি প্রথমটির ঠিক

উর্দ্ধ ফলক প্রবেশ পদ্ধতি।

দিকে প্রবেশ করাইতে হয়। কিন্তু এখানি প্র কিছু কঠিন, কেননা নিম্ন ফলক অনেক স্থান থাকে। দুইটি অঙ্গুলিদ্বারা প্রথম ফলকের ঠিক বিপরীত দিকে পথ করাইয়া এবং দিক্ ও পথ সম্বন্ধে অত্যন্ত সতর্ক হইয়া দ্বিতীয় ফলক করাইতে হয়। তবে প্রভেদ এই যে দ্বিতীয় ফলকের বাঁট প্রথমেই নি প্রবেশ করাইতে হয়।

বাঁটে খিল লাগান।

যে নিম্ন ফলকের বাঁটটি সহকারীর হাতে ধরিতে দেওয়া হইয়া বাঁটটি চিকিৎসক স্বয়ং লইবেন এবং দুই বাঁ আনিবার চেষ্টা করিবেন। ফলকদ্বয় যথাস্থানে পৌঁছিলে বাঁট দুইটি করিতে কোন কষ্ট হয় না। একত্রিত করিতে জোর লাগে বুঝিলে না দিয়া একখানি কি আবশ্যকমত অপরখানি আংশিক কি সম খুলিয়া লইয়া সতর্কতার সহিত পুনঃ প্রবিষ্ট করা কর্ত্তব্য। বাঁট দুই হইয়া খিল লাগিলে, খিলের মধ্যে অঙ্গলোম প্রভৃতি যাহাতে আব সেই জন্য সাবধান হওয়া উচিত।

যেরূপে টানিতে হয়।

ফলকদ্বয় প্রবিষ্ট হইয়া খিল লাগিলে টানিবার চেষ্টা করা উচিত। নাতিদৃঢ় নাতিমৃদুভাবে ধরিয়া যাহাতে মস্তক হয় হইতে বিযুক্ত না হয় এরূপ জোর দিয়া টানিতে হয়। টানিবা বাম হস্তদ্বারা মধ্যে মধ্যে দক্ষিণ হস্তের সাহায্য করিতে হয় এবং মস্তক আসিলে বাম হস্তদ্বারা বিটপ শিথিল করিতে হয়। টানিবার সময় ব রের এক্সিস্ অনুসারে টানা উচিত অর্থাৎ প্রথম পশ্চাতে বিটপের পরে মস্তক যত অবতরণ করত ভগে আসিয়া ঠেল মারিবে ততই নির্গ এক্সিস্ অনুসারে অর্থাৎ সম্মুখে পিউবিসের দিকে টানাউচিত। বেদনা

প্রসবকার্য্যে তাড়াতাড়ি করা অন্যায়।

টানা কর্ত্তব্য, বেদনা না থাকিলে তাহার অনুকরণ করিয়া সবিরাম টানাই উচিত। এই বিশেষ স্মরণ রাখিতে হয় কারণ প্রসবকার্য্যে তাড়াতাড়ি করার ন্যা আর নাই।

বিলম্বসাধ্য প্রসবে সর্ব্বদা ফর্সেপ্স্ ব্যবহার সম্বন্ধে একটি

লিয়া বোধ হয়। বেদনার অনুপস্থিতিতে, ফর্সেপ্‌স্‌দ্বারা অকস্মাৎ
ত করিলে রক্তস্রাবের যে আশঙ্কা থাকে ইহা সঙ্গত বলিয়া বোধ হয়।
হ, ফর্সেপ্‌স্‌ দ্বারা ধীরে ধীরে কার্য্য করিতে যত্নবান্‌ থাকিলে এবং
ার টানিবার পর কিয়ৎকাল বিরাম দিয়া আবার টানিলে ও তৎসঙ্গে
ণ ইত্যাদিদ্বারা জরায়ুসঙ্কোচ উপস্থিত করিতে পারিলে, ফর্সেপ্‌স্‌
নিষিদ্ধ নহে। ফর্সেপ্‌স্‌ ধরিয়া সোজা টানা ব্যতীত মধ্যে মধ্যে এদিক
দিক টানা। ওদিক টানিলে লীভারের কার্য্য পাওয়া যায়। কিন্তু এদিক
করিয়া অধিকক্ষণ টানা কর্ত্তব্য নহে। সোজা টানিতে টানিতে মাঝে
য়লক্ষণের জন্য এদিক ওদিক করিয়া টানা উচিত।

রূপে ধীরে ধীরে সাবধানে কার্য্য করিলে এবং অবস্থা অনুসারে
অবতরণ। আবশ্যক মত বলপ্রয়োগ করিলে ভ্রূণমস্তক অবতরণ
হ বুঝা যাইবে এবং কতদূর অবতরণ করিল বুঝিবার জন্য মধ্যে
নযুক্ত হস্তাঙ্গুলিদ্বারা পরীক্ষা করা আবশ্যক।

তৃতীয় পরিচ্ছেদ।

ভ্রূণমস্তক তির্য্যক মাপে থাকিলে অবতরণ করিবার সময় আপ[illegible]
তির্য্যকমাপ হইতে মস্তক সম্মুখ-পশ্চাৎ মাপে গিয়া পড়ে। মস্তকের স[illegible]
আপনিই আবর্ত্তিত হয়। গহ্বরের সামঞ্জস্য থাকায় চিকিৎসক প্রয়াস [illegible]
কেবল ক্রমে ক্রমে ধীরে ধীরে টানিলেই আপনা আপনি মস্তক আবর্[illegible]
মস্তক বাহির হইবার উপক্রম করিলে ফর্সেপ্‌স্‌এর বাঁট প্রসূতির উদ[illegible]
উত্তোলন করিতে হয়।

মস্তক নির্গমন। মস্তক নির্গমনকালে বিটপ অত্যন্ত বিস্তৃত হয়। সুতরাং যাহ[illegible] ছিন্ন না হয় তাহা করা উচিত। এই সময়ে বেদনা প্রবল হয় ও পেরিনিয়াম্‌ পাতলা ও টানটান দেখা যায়। হইলে ফর্সেপ্‌স্‌ বাহির করিয়া প্রসূতির চেষ্টার উপর নির্ভর করিলে পারে, তবে সতর্কতার সহিত কার্য্য করিলে ফর্সেপ্‌স্‌ বাহির করা [illegible] হয় না।

ভ্রূণমস্তক অক্‌সিপিটো-পোষ্টিরিয়ার্‌ অবস্থানে থাকিলে কিরূপে [illegible]প্‌স্‌ প্রয়োগ করিতে হয় তাহা এই পুস্তকে [illegible]ভাগে বর্ণিত হইয়াছে। সুতরাং এস্থলে [illegible] নিষ্প্রয়োজন।

অক্‌সিপিটো-পোষ্টিরিয়ার্‌ অবস্থানে ফর্সেপ্‌স্‌ প্রয়োগ।

ভ্রূণমস্তক উর্দ্ধে থাকিলে ফর্সেপ্‌স প্রয়োগপদ্ধতির কিছু বিশে[illegible] আছে। মস্তক উর্দ্ধে থাকায় ফর্সেপ্‌স-ফলক করান কঠিন। কোথাও মস্তক অত্যন্ত নড়িয় বলিয়া প্রবেশ করান কঠিন হয়। প্রবেশ ক[illegible] ও টানিবার পদ্ধতি একই প্রকার। মস্তক প্রবে[illegible] আসিবার পূর্ব্বে ফর্সেপ্‌স লাগাইতে হইলে যাহাতে মস্তক স্থির ও থাকে তজ্জন্য প্রসূতির উদরে চাপ দেওয়া আবশ্যক। ফলকের পথ করাইবার সময় যাহাতে গর্ভিণীর কোমলাংশে আঘাত না লাগে তজ্জন্য সতর্ক থাকা উচিত। যোনিমধ্যে সমগ্র বাম কর প্রবেশ করাইয়া গ্রীবায় আঘাত না লাগে কি ফর্সেপ্‌স্‌ গ্রীবার নিম্নে না গিয়া গ্রীবার ম[illegible] তাহা করা উচিত।

হাই ফর্সেপ্‌স্‌ অর্থাৎ মস্তক উর্দ্ধে থাকিলে ফর্সেপ্‌স্‌ প্রয়োগ পদ্ধতি।

কোন কোন গ্রন্থকার বলেন যে ফর্সেপস্‌-ফলক প্রথমে ত্রিকাস্থি[illegible]

বণের বিশেষ বিপরীত দিকে প্রবেশ করাইয়া ত্রিকাস্থির প্রমণ্টারি পর্য্যন্ত লইয়া যাইতে হয়। তাহার পর প্রবিষ্ট অঙ্গুলির া ঘুরাইয়া ভ্রূণমস্তকের যথাস্থানে লইয়া যাইতে হয়। ডাং র‍্যাম্স্ব- ডেভিস্ প্রভৃতি সুদক্ষ ধাত্রীচিকিৎসকগণ এই প্রথার অনুমোদন দুরূহ স্থলে উক্ত প্রণালী যে বিশেষ উপকারী তাহাতে সন্দেহ নাই। ঃ কোন কারণবশতঃ প্রসূতির নিতম্ব শয্যাপ্রান্তে না আনিতে পারিলে কের বাঁট আবশ্যক মত নিম্ন করিতে পারা যায় না। তখন উক্ত প্রথা । করা যুক্তিসিদ্ধ। কিন্তু প্রথাটি অত্যন্ত জটিল, অনায়াসে সাধ্য নহে। উপায়ে ফর্সেপ্স প্রবেশ করিতে প্রায় সকল স্থলেই পারা যায়।

। লাগাইবার সময় যাহাতে আদৌ বল প্রকাশ না হয় সে বিষয়ে র সহিত খিল বিশেষ যত্নবান্ থাকা উচিত, কেন না ফর্সেপ্স এস্থলে আবশ্যক। জরায়ুগহ্বরে থাকে ও সামান্য বল প্রয়োগেই গুরুতর হইবার সম্ভাবনা। খিল লাগান ঈষৎ কষ্টকর হইলে বলপ্রয়োগ । একখানি ফলক বাহির করিয়া পুনর্ব্বার সুবিধামত প্রবেশ করান ফর্সেপ্স-ফলকে শ্যাঙ্ক্ বড় থাকিলে খিলের মধ্যে প্রসূতির কোম- বিদ্ধ হইবার আশঙ্কা থাকে না। যন্ত্র উত্তমরূপে নির্ম্মিত না হইলে টনা ঘটা আশ্চর্য্য নহে।

র্সেপ্স ফলকদ্বয় একত্রিত হইলে প্রবেশদ্বারের এক্সিস অনুসারে প্রথা। প্রথমে টানা উচিত। প্রবেশদ্বারের এক্সিস অনুসারে গেলে ফর্সেপ্সএর বাঁট পশ্চাতে পেরিনিয়ম দিকে উত্তমরূপে টানা মস্তক যতই অবতরণ করিবে ততই আপনা হইতে আবর্ত্তিত আবর্ত্তন করিবার জন্য চিকিৎসককে প্রয়াস পাইতে হয় না। মশঃ অবতরণ করিলে বস্তিগহ্বরের নির্গমদ্বারের এক্সিস অনুসারে হয়। প্রসববেদনা প্রবল ও সমান থাকিলে এবং তাড়াতাড়ি প্রসব র আবশ্যক না থাকিলে মস্তক পেরিনিয়মে অবতরণ করিবামাত্র ফর্সেপ্স্ লইয়া প্রকৃতির উপর নির্ভর করিলে চলে। পেরিনিয়ম অত্যন্ত বিস্তৃত । থাকিলে এরূপ করা বিশেষ আবশ্যক। সাধারণতঃ যন্ত্র বাহির না াই প্রসব করান কর্ত্তব্য।

তৃতীয় পরিচ্ছেদ।

এই অধ্যায় সমাপ্ত করিবার পূর্ব্বে ফর্সেপ্‌স্ প্রয়োগে কি কি f

ফর্সেপ্‌স্‌দ্বারা প্রসব করাইলে কি কি বিপদ ঘটা সম্ভব।

সম্ভব তাহা বলা যাইতেছে। ভ্রূণমস্তক ঊর্দ্ধে হাই-ফর্সেপ্‌স্ প্রক্রিয়া যেরূপে করিতে হয় অ থাকিলে সেরূপ নহে। এই উভয় প্রক্রিয়ায় স্মরণ রাখা নিতান্ত আবশ্যক। লো-ফর্সেপ্‌স্ প্রক্রিয়ায় বিপদ ঘ সকল তালিকা আছে তাহা অগ্রাহ্য করিবার কারণ পূর্ব্বে বলা হ প্রসূতি এবং সন্তানের ঘটনার তালিকা প্রচলিত ধাত্রীবিদ্যা গ্রন্থে দেখা যায়। প্রসূতির বিপদের মধ্যে জরায়ু, যোনি কি বিটপ ছিন্ন হইতে প্রসারিত শিরা ছিন্ন হইয়া সমবরোধন (থ্রম্বাস্) উৎপাদন করিতে বস্তিগহ্বরের কোমলাংশে আঘাত লাগিয়া স্ফোটক হইতে পারে কি পেরিটোনিয়াম্ প্রদাহ উপস্থিত হইতে পারে। বস্তিগহ্বরের স সিম্ফিসিস্ ছিন্ন হইতে পারে এবং এমনকি নিতম্বাস্থিসকলও ভগ্ন পারে। ডাং হিক্স্ ও ফিস্‌লিফস্ ঐ সকল দুর্ঘটনা পুঙ্খানুপুঙ্খরূপে

এই সকল দুর্ঘটনা ফর্সেপ্‌স্ প্রবেশ জন্য বলা যায় না।

করিয়া স্থির করিয়াছেন যে ফর্সেপ্‌স্ প্রয় ঐ সকল দুর্ঘটনা ঘটে না। প্রসবে অত্যং হয় বলিয়া এবং চিকিৎসক যথ সময়ে সাহায্য না বলিয়া ঘটে। ভ্রূণমস্তকের চাপ অধিককাল প্রসূতির কোমল উপর পড়ায় প্রদাহ উপস্থিত হয় ও পচিয়া গিয়া ঐ সকল অনর্থ এই কারণেই যন্ত্রসাহায্যে প্রসব করিবার পর বেসিকো-ব্যাজাইন্যা পরিবেষ্টপ্রদাহ, জরায়ুপ্রদাহ প্রভৃতি ঘটে।

অসাবধানে যন্ত্র প্রবেশ করাইলে ঐ সকল বিপদ ঘটা সম্ভব।

কখন কখন চিকিৎসকের অজ্ঞতাজন্য ঘটে।

শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী সামান্যরূপে ছিন্ন হইতে প্রায় দেখ এই সকল স্থলে পরীক্ষা করিলে জানা যায় ে দোষ নহে যিনি যন্ত্র ব্যবহার করিয়াছেন তাঁহার হয়ত ফর্সেপ্‌স্‌ফলক বস্তিগহ্বরের এক্সিস্ অনুসারে প্রবিষ্ট হয় নাই জোর করিয়া প্রবেশ করান হইয়াছে অথবা অনুপযোগী ফর্সেপ্‌স করা হইয়াছে (যথা মস্তক ঊর্দ্ধে থাকিলে ছোট সরল ফর্সেপ্‌স্) কিম্ব তাড়াতাড়ি করিয়া প্রসব করান হইয়াছে। অতএব যন্ত্রের দোষ ন

কর দোষ দেওয়াই উচিত। উপযুক্ত দক্ষ ব্যক্তির হস্তে পড়িলে ঐ
: নিরাপদে প্রসব করান যায়। অপারদর্শী ব্যক্তির হস্তে ফর্সেপ্‌স্
মাত্রই অনিষ্টের করণ হইতে পারে। অতএব বিপদ দেখিয়া ফর্সে-
হার পরিত্যাগ না করিয়া যাহাতে সাবধানে ও নিরাপদে অভীষ্টমত
করা যায় তাহাই করা কর্ত্তব্য।

নমস্তকের চর্ম্ম ছিন্ন হইতে পারে অথবা মুখে আঘাত লাগিতে পারে
যে যে বিপদ কিম্বা ফলকদ্বারা ফেশিয়াল্ স্নায়ুর উপর চাপ পড়িয়া
য। মুখের আংশিক পক্ষাঘাত হইতে পারে অথবা মস্তকাস্থি
নমিত কি ভগ্ন হইতে পারে অথবা ফলকের চাপে মস্তিষ্কে আঘাত
পারে। কিন্তু এই সকল বিপদ অল্পসংখ্যক স্থলেই ঘটে। চিকিৎ-
অপারদর্শিতা ও অজ্ঞতাই ইহার মূল। যন্ত্র ভাল করিয়া প্রবেশ করা-
পারিলে কি অযথা জোর দিলে কি অনুপযুক্ত যন্ত্র ব্যবহার করিলে
এক্সিস্ অনুসারে না টানিলে এই সকল অনর্থ ঘটে। ভ্রূণমস্তকে
ছড় লাগিলে অথবা মুখের পক্ষাঘাত প্রভৃতি ঘটিলে বিশেষ ভয় নাই,
আপনা হইতেই আরাম হইয়া যায়।

চতুর্থ পরিচ্ছেদ।

ভেক্টিস্ ও ফিলেট্।

ব করাইবার যে সকল যন্ত্র আছে তন্মধ্যে ভেক্টিস্ যন্ত্র পূর্ব্বে বিলাতে
লাতে ভেক্ অত্যন্ত অধিক প্রচলিত ছিল। ডেনম্যান্ সাহেব বলেন
স্ ব্যবহার যে যাঁহারা ফর্সেপ্‌স ব্যবহার করিতে জানিতেন তাঁহা-
। ও রাও ভেক্টিসকে ফর্সেপ্‌স অপেক্ষা উৎকৃষ্ট না হউক
তুল্যরূপ বলিতেন। আজকাল বহুদর্শী চিকিৎসক মধ্যে কেহ কেহ যথায়

সামান্য সাহায্য আবশ্যক তথায় ফর্সেপ্‌স্‌ ব্যবহার না করিয়া ব্যবহার করেন। যাহাহউক এই যন্ত্রটি ক্রমশঃ লোপ পাইতেছে।

বেক্‌টিস্‌ যন্ত্রে একখানি ফলক আছে। ফলকখানি সরল ছোট ফ

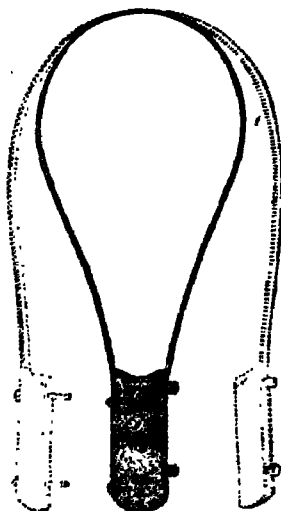
ভেক্‌টিস্‌ কিরূপ যন্ত্র। ফলকের ন্যায়। ফলকে একটি কাঠের বাঁট

বেক্‌টিস্‌ যন্ত্রের নানাপ্রকার আকার আছে। অনেকে সুবিধার ও ফলকের সংযোগস্থলে একখানি কব্জা অথবা স্ক্রু লাগাইয়া লয়েন। খানি যে পরিমাণে বক্র হইবে যন্ত্রে ততই অধিক জোর পাওয়া যাইবে করাইতে সুবিধা হইবে। রীতিমত বক্র হইলে ইহাদ্বারা ভ্রূণমস্তক ধারণ করা যায় এবং টানিবার সুবিধা হয়, কিন্তু প্রবেশ করান কিছু কা

উক্তরূপে ব্যবহার করিলে চিকিৎসকের হস্ত ফাল্‌ক্রাম্‌ স্বরূপ হয়

ভেক্‌টিস্‌ দ্বারা লীভার্‌ কি আকর্ষক যন্ত্রের কার্য্য পাওয়া যায়। প্রসূতির কোমলাংশ প্রতিরোধস্বরূপ হয় বলিয়া ঐ ও আহত হইবার সম্ভাবনা থাকে। এই জন্য ব্যবহার করিতে অনেকে আপত্তি করেন। আক স্বরূপ ধরিলে বেক্‌টিস্‌ ফর্সেপ্‌স্‌ অপেক্ষা অনেক হীন এবং ইহা প্রবেশ

যে যে স্থলে ভেক্‌টিস্‌ প্রয়োগ করা যায়। ফর্সেপ্‌স্‌ অপেক্ষা কঠিন। যে যে স্থলে নিম্ন ফর্সেপ্‌স্‌ ক্রিয়া করা যায় তথায় বেদনা একে না হইলে বেক্‌টিস্‌ ব্যবহার করা যাইতে পারে। মস্তক নির্গমনে বাধা থাকিলে বেক্‌টিস্‌ ব্যবহার করায় বাধা অতিক্রম করা যায়,

ই। বেক্‌টিস্ ভ্রূণমস্তকের নানাস্থানে সংলগ্ন করা যাইতে পারে। অকৃসিপটে সংলগ্ন করা হয় এবং ফর্সে‌প্‌স্‌এর একখানি ফলক রিতে যত সাবধান ও সতর্ক হইতে হয় ইহাতেও সেইরূপ। ডাং ‍াম্ বলেন যে ভ্রূণমস্তক নামাইবার জন্য মস্তকের বিভিন্ন স্থলে য়ে সময়ে মুখের বিভিন্ন স্থলে বেক্‌টিস্ লাগাইতে হয়। ফর্সে‌প্‌স্ করিতে যেরূপ দক্ষতা আবশ্যক ইহাতেও সেইরূপ। ইহাদ্বারা মান্য উপকার হয় ও প্রসূতির যেরূপ বিপদাশঙ্কা থাকে তাহাতে বহার যত কম হয় ততই ভাল।

মস্তকের অস্বাভাবিক অবস্থান সংশোধন করিতে বিশেষতঃ কোন অস্বাভাবিক কোন অকৃসিপিটো-পোষ্টীরিয়ার্ অবস্থানে বেক্‌টিস্ শোধন করিতে আবশ্যক হয়। এই সকল স্থলে কিরূপে বেক্‌টিস্ ময়ে বেক্‌টিস্ ব্যবহার করিতে হয় তাহা এই পুস্তকের প্রথমখণ্ডে হয়। বর্ণিত হইয়াছে। যেস্থলে ফর্সে‌প্‌স্ ব্যবহার অবিধেয় কৃটিস প্রযুজ্য। ব্যবহার করিতে গেলে সাবধানে ভ্রূণের অকৃসি- াইতে হয় এবং মাতৃ-উপাদান আঘাত হইতে রক্ষা করিয়া যেরূপ

কালে নিম্নদিকে টানিতে হয়। এইরূপে ব্যবহার ঘটে না অথচ উপকার হয়।

ফিলেট্। প্রাচীন। ধাত্রীচিকিৎসায় যত প্রকার যন্ত্র ব্যবহার হয় তন্মধ্যে ফিলেট সর্ব্বাপেক্ষা প্রাচীন। ফর্সেপ্‌স্ আবিষ্কৃত হইবার পূর্ব্বে ফিলেট আবিষ্কৃত হইয়াছে। স্মেলী সাহেবের সময়ে রাজধানীতে ফিলেট্ অধিক ব্যবহার হইত। আজকাল ইহা তত প্রচলিত নাই, যদিও কোন কোন চিকিৎসক ইহার অত্যন্ত আদর করিয়া থাকেন। এত আদরের কারণ এই যে ইহার প্রয়োগপদ্ধতি অতিসহজ। অনেক সময়ে প্রসূতির অজ্ঞাতসারে ইহা প্রবেশ করান গিয়াছে। ডাং প্লেফেয়ার্ বলেন যে এই কারণেই ফিলেট্ ব্যবহার করা উচিত নহে।

ফিলেট্ কিরূপ। ডাং ইয়ার্ডলী উইলমট সাহেব যে ফিলেট্ ব্যবহার করিতে পরামর্শ দেন তাহাই সর্ব্বোৎকৃষ্ট।

এই যন্ত্রটি হোয়েল বা তিমি মৎস্যের অস্থিদ্বারা নির্ম্মিত। এই অস্থিখণ্ড দুইটি বাঁটে সংযুক্ত এবং বাট দুইটি একত্র করিলে একটি হয়। এই অস্থিখণ্ড ভ্রূণের অক্‌সিপটে কি মুখে লাগাইয়া বাঁট ধরিয়া টানিতে হয়।

ফিলেট ব্যবহারে আপত্তি। ভ্রূণমস্তক আবর্ত্তিত হইলে ফিলেট লাগান অন্যায় নহে। কিন্তু মস্তক বস্তিগহ্বরের উর্দ্ধে থাকিলে ফিলেট লাগাইয়া টানিলে ভ্রূণের চিবুক অসময়ে বিস্তৃত হইয়া যায় ও প্রসব কৌশলের বিঘ্ন হয়। যদি অক্‌সিপটে লাগান যায় তাহাহইলে বস্তি-গহ্বরের এক্‌সিস্ অনুসারে টানা যায় না, কারণ টানিলে ফিলেট খুলিয়া যায়। এক্‌সিস অনুসারে না টানিয়া অন্য দিকে টানিলে প্রসূতির আঘাত লাগিবার সম্ভাবনা অথবা ভ্রূণমস্তকের অবস্থান পরিবর্ত্তিত হইবার সম্ভাবনা। অতএব সহজ স্থলেও ফর্সেপ্‌সের পরিবর্ত্তে ফিলেট ব্যবহার করা অথবা আকর্ষক যন্ত্রের ন্যায় ব্যবহার করা অন্যায়।

মস্তকের অস্বাভাবিক অবস্থান পরিবর্ত্তন করিতে ফিলেট ব্যবহার করা যায়। যে যে স্থলে বেক্‌টিস ব্যবহার করা যায় তথায় মস্তকের অস্বাভাবিক অবস্থান সংশোধন করিতে ফিলেট্‌ও ব্যবহার করা যাইতে পারে। বেক্‌টিস অপেক্ষা সহজে প্রবিষ্ট করা যায় বলিয়া এই সকল স্থলে ফিলেট ব্যবহার করাই সঙ্গত।

পঞ্চম পরিচ্ছেদ।

ভ্রূণহন্তারক শস্ত্রক্রিয়া।

ভ্রূণহন্তারক শস্ত্রক্রিয়া অতিপ্রাচীনকাল হইতে প্রচলিত আছে।

ক্রেনিয়টমী শস্ত্রক্রিয়া ধর্ম্মবিরুদ্ধ বলিয়া জ্ঞানকরা হইত।

যে সকল শস্ত্রক্রিয়ায় ভ্রূণের প্রাণনাশ করিতে হয় অথবা অঙ্গপ্রত্যঙ্গ ছেদন করিতে হয় তাহা অতিপ্রাচীনকাল হইতেই প্রচলিত আছে। আদি গ্রীক্ চিকিৎসক হিপক্রেটিস্ হুক্ অর্থাৎ বড়িশদ্বারা ভ্রূণমস্তক বাহির করিবার এক উপায় উল্লেখ করিয়াছেন। সুতরাং তৎকালে ক্রেনিয়টমী প্রচলিত ছিল স্পষ্টই বুঝা যাইতেছে। সেল্‌সাস এইরূপ একটি প্রথা উল্লেখ করিয়াছেন। ভ্রূণ আড়াআড়ি ভাবে থাকিলে তাহার মস্তকচ্ছেদ করিয়া বাহির করিবার উপায় সেল্‌সাস্ জানিতেন। এই সকল প্রথা ঈশিয়াস্ প্রভৃতি প্রাচীন গ্রন্থকারগণ জানিতেন। আরবদেশীয় চিকিৎসকগণ ভ্রূণমস্তক ভেদ করিবার জন্য পার্কোরেটার্ যন্ত্র ব্যবহার করিতেন এবং ভ্রূণমস্তকে চাপ দিবার ও মস্তক বাহির করিবার যন্ত্র জানিতেন। জীবিত সন্তানের প্রাণনাশ করা ১৭০০ খৃঃ অব্দের শেষ পর্য্যন্ত ধর্ম্মবিরুদ্ধ বিবেচিত হইত। তাহার পর প্রসূতিকে বাঁচাইবার জন্য সন্[illegible] প্রাণনাশ করা কর্ত্তব্য কি না ইহা লইয়া বিস্তর [illegible]ুবাদ হয়। প্যারিসের থিওলজিক্যাল্ ফ্যাকাল্‌টি নামক ধর্ম্মসভা [illegible] যে বিধি বাহির হয় তাহাতে ভ্রূণহত্যা যে জন্যই হউক না মহাপাতক বলিয়া উল্লিখিত হইয়াছে। আবার রোমীয় চার্চ্চ্ নামক ধর্ম্মসভা হইতে যে আজ্ঞা প্রচার হয় তাহার ভয়ে বিলাত ভিন্ন ইউরোপীয় সকল দেশে বিশেষতঃ ফ্রান্স্ দেশে ধাত্রীচিকিৎসার অনেক অবনতি হয়। ফ্রান্সের বিখ্যাত চিকিৎসকগণ কয়েক দিন পূর্ব্বেও বলিয়াছেন যে ভ্রূণের মৃত্যু নিশ্চয় অবধারিত না হইলে ক্রেনিয়টমী করা অসঙ্গত। এখনও দুই এক জন চিকিৎসক বলেন যে ভ্রূণের মৃত্যু না হওয়া পর্য্যন্ত অপেক্ষা করা উচিত। জীবিত সন্তানের প্রাণনাশ সম্বন্ধে তাঁহাদের এই আপত্তি প্রশংসনীয় বটে তথাপি যথায় ক্রেনিয়টমী ভিন্ন অন্য উপায় নাই

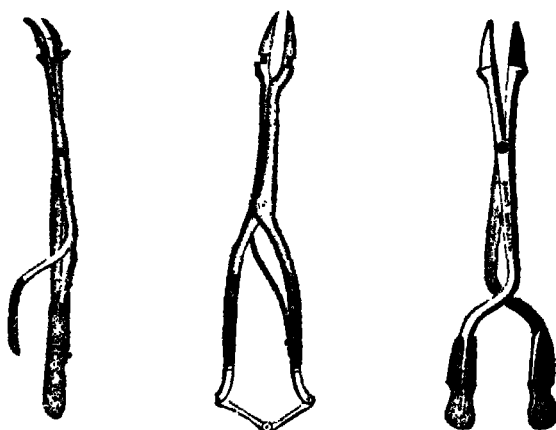
উভার স্বভাবশতঃ অপেক্ষা করিলে কেবল প্রসূতির বিপদ অধিক বৃ হয়। সন্তানের নিরাপদ প্রসূতির নিরাপদের অনুবর্ত্তী বলিয়া বিলাতী পণ বিবেচনা করেন। তাঁহারা বলেন যে সাধারণ উপায়ে জীবিত ভূমিষ্ঠ করাইতে না পারিলে সন্তানের প্রাণবিনাশ করিয়া খণ্ড খণ্ড ক বাহির করিবার কোন আপত্তি নাই।

প্রাচীনকালে গ্রেট ব্রিটেন্দ্বীপে ক্রেনিয়টমীর অযথা বহুল প্রচার ছিল।

পূর্ব্বে গ্রেট্ ব্রিটেন্দ্বীপে ক্রেনিয়টমী শস্ত্রক্রিয়া অন্যায়রূপে অধিক প্র লিত ছিল। রোটাণ্ডাস্থ সূতিকাগারের অধ্যক্ষ ড ল্যাম্বার্ট্ সাহেবের সময়ে ২১,৮৬৭ জন প্রসূতির মধে একটিতেও ফর্সেপ্স্ প্রয়োগ করা হইত না। এমন কি ক্লার্ক্ ও কলিন্স্ সাহেবদের সময়ে ক্রেনিয়টমী প্রচলন কম হইলেও ইহা ফর্সেপ্স্ অপেক্ষা তিন চারি গুণ অধিক ব্যবহৃত হইত। এই সকল বৃত্তান্ত অনুধাবন করিলে অত্যন্ত ভয় হয়। ভ্রূণহত্যার আধিক্য জন্যই ইউরোপের অন্যান্যদেশীয় পণ্ডিতগণ বিলাতী ধাত্রীচিকিৎসকদিগকে অনুযোগ করেন। সৌভাগ্যবশতঃ আধুনিক বিলাতী পণ্ডিতগণ বুঝিয়াছেন যে সাধ্যমত ভ্রূণের জীবন রক্ষা করা আমাদের অবশ্যকর্ত্তব্য। আজকাল অন্যদেশীয় পণ্ডিতের ন্যায় বিলাতী পণ্ডিতেরাও সাধ্যমত ভ্রূণের প্রাণবিনাশ করেতে বিরত থাকেন।

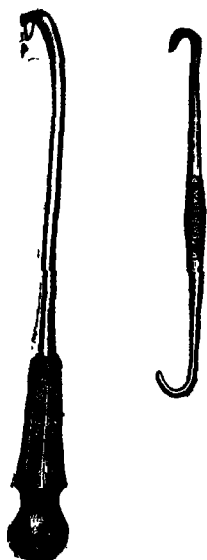
ভ্রূণহন্তারক শস্ত্রক্রিয়ার শ্রেণী বিভাগ।

ভ্রূণহন্তারক শস্ত্রক্রিয়া নিম্নলিখিত স্থলে আবশ্যক হয়। (১) মস্তকের আয়তনাধিক্য থাকিলে—কাজে কাজেই মস্তক ভেদ করিয়া অথবা ভেদ ও চূর্ণ করিয়া বাহির করিতে হয়। এই শস্ত্রক্রিয়ার বিভিন্ন নাম আছে, বিলাতে ইহাকে ক্রেনিয়টমী বলে। ক্রেনিয়টমী করিবার পর ভ্রূণদেহ কখন ভঙ্গ করিবার আবশ্যক হয় কখন হয় না। (২) ভ্রূণহস্ত অগ্রে নির্গত হইয়া বিবর্ত্তন করা অসাধ্য হইলে—এই স্থলে দুই প্রকার শস্ত্রক্রিয়া আবশ্যক হইতে পারে। (ক) ডিক্যাপিটেশন্ মস্তকচ্ছেদ করিয়া মস্তক ও দেহ পৃথক্ পৃথক্ বাহির করা। (খ) ইভিসারেশন্ বা ভ্রূণের অন্তঃকোষ্ঠসমূহ কাটিয়া বাহির করা। উভয় স্থলেই এক প্রকার যন্ত্র ব্যবহৃত হয়। এই উদ্দেশে যে সকল যন্ত্র আজকাল প্রচলিত আছে তাহাই সংক্ষেপে বর্ণনা করা যাইতেছে।

ণমস্তক ভেদ ও মস্তিষ্ক বাহির করিয়া মস্তকের আয়তন ক্ষুদ্র করাই
না। পার্ফোরে পার্ফোরেটার্ বা ভেদক যন্ত্রের উদ্দেশ্য। ডেন্‌ম্যান্
বা ভেদকযন্ত্র। সাহেব যে পার্ফোরেটার্ যন্ত্র আবিষ্কার করিয়াছেন
াই অথবা তাহার অনুকৃত যন্ত্র আজকাল অধিক প্রচলিত। এই যন্ত্রের ফলক
লতে গেলে বাঁট দুইটি ফাঁক করিতে হয়। কিন্তু শস্ত্রচিকিৎসকের একহস্ত
তরে থাকায় ইহা করা যায় না। নিয়েগ্নী সাহেবের যন্ত্রের অনুকরণে
ব পার্ফোরেটার্ যন্ত্র নির্ম্মিত হইয়াছে এবং যাহা এডিনবারায় প্রচলিত আছে
তাহাতে বাঁট দুইটি এরূপ কৌশলে নির্ম্মিত যে ফলক খুলিবার জন্য বাঁট ফাঁক
না করিয়া চাপিলেই ফলক খুলিয়া যায়। এই যন্ত্রের মধ্যে ইস্পাতের একখানি
পাতা আছে। পাতাখানি মধ্যস্থলে সংযুক্ত। এই পাতা থাকায় ফলকদ্বয়
অসময়ে খুলিতে পায় না। এই সকল সুবিধা থাকায় এই যন্ত্র এক হস্তদ্বারাই
ব্যবহার করা যায়। এই যন্ত্রের তীক্ষ্ণাগ্রভাগ বহির্দ্দিকে ধারাল, ইহার কিছু
নিম্নে আড়াআড়িভাবে একটি ইস্পাত দণ্ড থাকায় যন্ত্র মস্তক মধ্যে অধিক দূর
প্রবেশ করিতে পারে না। ক্রমশঃ এই যন্ত্র বিবিধপ্রকার নির্ম্মিত হইয়াছে।

ইউরোপের কোন কোন প্রদেশে একপ্রকার পার্ফোরেটার্ যন্ত্র ব্যবহার হয়
তাহার নির্ম্মাণ কৌশল ট্রিফাইন্ যন্ত্রের সদৃশ। কিন্তু ব্যবহার করা বড় কঠিন;
আর ইহাদ্বারা ভ্রূণমস্তকে কেবল ছিদ্র করা যায়। তীক্ষ্ণাগ্র যন্ত্রে যেরূপ আছিল

ভগ্ন করা যায় ইহাদ্বারা তেমন হয় না। সন্তান টানিয়া আনিবার জন্য ৫ ও ক্রেনিয়টমী ফর্সেপ্‌স্‌ ব্যবহৃত হয়।

ক্রোচেট্‌ ও ক্রেনিয়টমী ফর্সেপস্‌।

ইস্পাত নির্ম্মিত তীক্ষ্ণাগ্রবিশিষ্ট ও বড়িশের ন্যায় বক্র যন্ত্রকে ক্রে বলে। এই যন্ত্র ভ্রূণমস্তকের বহির্দ্দেশে অথবা অন্তঃ লাগাইয়া বাঁট ধরিয়া টানিতে হয়। ইহার শ্যাঙ্ক্‌ স অথবা বক্র উভয় প্রকার হইতে পারে।

বক্র শ্যাঙ্ক্‌ যুক্ত ক্রোচেট্‌ই উভয়ের মধ্যে ভাল। কোন কোন ক্রেচেট যন্ত্রে বাঁট আছে আবার কোন কোনটির উভয় দিক বক্র ও ঢালাই করা একখণ্ড লৌহে নির্ম্মিত। ওল্‌ড্‌হ্যাম্‌ সাহেব নির্ম্মিত বার্টেব্রাল্‌ হুক্‌ যন্ত্র ইহারই প্রকারান্তর। ওল্‌ড্‌হ্যাম্‌ সাহেবের যন্ত্র একটি ক্ষুদ্র বড়িশ বিশেষ। ইহা বাঁট সহিত ১৩ ইঞ্চ লম্বা। এই বড়িশ সন্তান মস্তকের ফোরেমেন্‌ ম্যাগনাম অর্থাৎ বৃহচ্ছিদ্রের মধ্য দিয়া বার্টেব্রাল্‌ ক্যানাল্‌ অর্থাৎ কাশেরুক প্রণালী মধ্যে লাগাইলে দৃঢ়রূপে আবদ্ধ হয় ও টানিবার সুবিধা হয়।

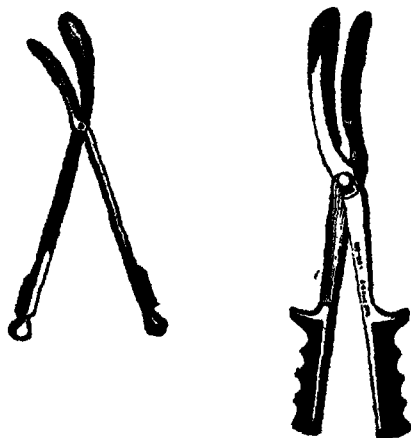
ট্ যন্ত্র সম্বন্ধে ত্তি।

চেট্ যন্ত্র ব্যবহার করিবার আপত্তি এই যে ইহা পিছলাইয়া গিয়া অথবা যে অস্থিতে লাগান যায় সেইখানি ভাঙ্গিয়া গিয়া প্রসূতির কোমলাংশে অথবা চিকিৎসকের প্রবিষ্ট অঙ্গু- ত আঘাত লাগিবার বিলক্ষণ সম্ভাবনা। এই কারণে আধুনিক পণ্ডিতগণ ার বিরোধী এবং ক্রমে ক্রমে এই যন্ত্রও অপ্রচলিত হইতেছে।

সন্তান টানিয়া বাহির করিবার জন্য ক্রেনিয়-টমী ফর্সেপ্‌স্ ভাল।

ক্রোচেট্ দিয়া টানিবার পরিবর্ত্তে সম্প্রতি যে ক্রেনিয়টমী ফর্সেপ্‌স্ আবি- ষ্কৃত হইয়াছে তদ্দ্বারা টানিলে অনেক সুবিধা হয়। এই যন্ত্রের এক ফলক মস্তকাভ্যন্তরে প্রবেশ করাইয়া অপর ফলক বাহ্যে লাগাইলে মস্তক দৃঢ়রূপে ধারণ করা যায়, তাহার পর নিম্নদিকে টানিতে হয়। ইহাদ্বারা আর এককার্য্য এই হয় যে যখন মস্তকভেদ করিয়া টানাতেও সন্তান বাহির না হয় তখন ইহাদ্বারা মস্তককে খণ্ড খণ্ড করিয়া ভাঙ্গিয়া বাহির করা যায়। ক্রেনিয়টমী ফর্সেপ্‌স্ বিবিধ প্রকার দেখা যায়। কোন কোনটির কঠিন দাঁত আছে আবার কোন কোনটির ভিতর দিক্ কেবল উচ্চনীচ ও খাঁজ কাটা থাকায় দৃঢ়রূপে মস্তক ধরা যায়।

সিম্‌সনের

সাধারণতঃ ব্যবহারের জন্য সার্ জেম্‌স্ সিম্‌সন্ সাহেব যে ক্রেনি- ক্লাষ্ট্ নির্ম্মাণ করিয়াছেন তত্তুল্য কোন যন্ত্রই নাই।

ক্রেনিয়ক্লাষ্ট। ইহাদ্বারা উভয় উদ্দেশ্যই সাধিত হয়। দুইটি পৃথক্ ফলক মধ্যস্থলে একটি লৌহ বোতামদ্বারা যুক্ত। ফলকদ্বয়ের ে হংসচঞ্চুর ন্যায় এবং রীতিমত বক্র থাকায় মস্তক দৃঢ়রূপে ধরা যায়। ফলকখানি গভীর ও নিম্নফলক সেই গভীরস্থানে গিয়া পড়ে বলিয়া আব- স্থলে মস্তকাস্থি ভগ্ন করিতে পারা যায়। কিন্তু অস্থি ভঙ্গ করিবার জন্য যন্ত্র ব্যবহারের আবশ্যক নাই। ফলকদ্বয়ের শেষভাগ খাঁজকাটা থা- ক্রেনিটয়মী ফর্সে প্‌স্ এর কার্য্য করিতে পারে। এই যন্ত্রটি সঙ্গে থাকি মস্তক টানিয়া বাহির করিবার জন্য কতকগুলি যন্ত্র বহন করিবার আব- শ্যক হয় না।

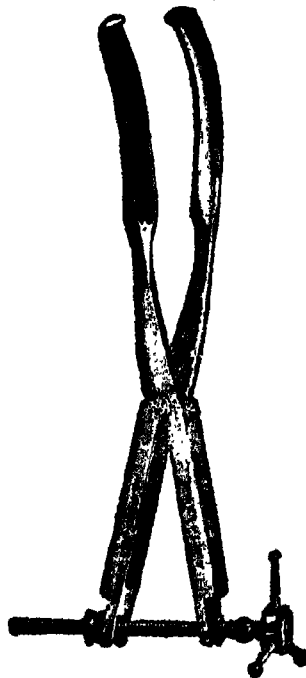
সিফ্যালোট্রাইব। আধুনিক ধাত্রীচিকিৎসায় যত প্রকার যন্ত্রের উন্নতি করা হইয়াছে তন্মধ্যে সিফ্যালোট্রাইব যন্ত্র ব্যবহার সম্বন্ধে অনেক বাদানুবাদ হইয়াছে। এই যন্ত্র বডিলক্ সাহেব প্রথমে আবিষ্কার করেন এবং ইহা ইংলণ্ড ভিন্ন ইউরোপের অন্যান্য প্রদেশে বহুকালাবধি প্রচলিত ছিল। ইহার আকার ও গঠন দেখিয়া বিলাতী চিকিৎসকগণ ব্যবহার করিতে আপত্তি করেন। খ্যাতনামা অনেক বিলাতী চিকিৎসক আজকাল ক্রোচেট্ কি ক্রেনি য়টমী ফর্সে প্‌স্ ব্যবহারের পরিবর্ত্তে সিফ্যালোট্রাইব অধিক ব্যবহার করেন। তাঁহারা ইহার নির্ম্মাণকৌশল প্রভৃতির অনেক উন্নতি সাধন করিয়াছেন।

এই যন্ত্রের উদ্দেশ্য। সিফ্যালোট্রাইব যন্ত্রে দুই খানি দৃঢ় নিরেট ফলক আছে। ভ্রূণমস্তক ভেদ করিবার পর এই দুইখানি ফলক মস্তকে লাগাইতে হয়। ফলকদ্বয়ের বাঁটে স্ক্রু আছে ঐ স্ক্রু ঘুরাইলে ফলকদ্বয় সন্নিহিত হয় ও মস্তকাস্থি সকল ভাঙ্গিয়া ফেলে। ভগ্ন হইলে মস্তক টানিয়া বাহির করিবার জন্যও ইহা ব্যবহৃত হয়।

ইহার বিশেষ সুবিধা। এই যন্ত্রের বিশেষ সুবিধা এই যে রীতিমত লাগাইতে পারিলে ইহাদ্বারা মস্তকের দৃঢ় তলদেশ ভাঙ্গিতে পারা যায়। ক্রেনীয়টমী ফর্সে প্‌স্ দ্বারা তাহা যায় না। সিফ্যা- লোট্রাইব দ্বারা ভাঙ্গিতে না পারিলেও মস্তকের তলদেশ আড়ভাবে ফলকমধ্যে প্রবেশ করাইয়া টানিবার সুবিধা হয়। এই যন্ত্রের আর এক বিশেষ সুবিধা এই যে মস্তকাস্থি চর্ম্মের নিম্নে থাকিয়া ভাঙ্গিয়া যায় সুতরাং ভগ্নাস্থির তীক্ষ্ণ খণ্ডসকল আবৃত থাকে। ক্রেনীয়টমীতে এই ভয়টি বিশেষ আছে। কিন্তু

লোট্রাইব্ দ্বারা প্রসূতির কোমলাংশে আঘাত লাগিবার সম্ভাবনা
র থাকে না।

তএব বুঝা যাইতেছে যে সিফ্যালোট্রাইব যন্ত্র দুই প্রকার কার্য্য করে

কেহ সিফালো- (১) পেশক যন্ত্রের কার্য্য (২) আকর্ষক যন্ত্রের কার্য্য।
ইব্ দ্বারা আকর্ষণ কোন কোন্ ধাত্রীবিদ্যাবিৎ পণ্ডিত বলেন যে পেশন
রিতে সম্মত নহেন। কার্য্যই সিফ্যালোট্রাইব যন্ত্রদ্বারা সম্পাদিত হয়, কিন্তু
াকর্ষণ কার্য্যে এই যন্ত্র কোনমতে উপযোগী নহে। পাজো সাহেব এই মতের
শেষ পক্ষপাতী। তিনি বলেন যে বার বারভঙ্গ করিয়া ভ্রূণমস্তকের আয়তন
ছাট করা হইল প্রসূতির প্রসব চেষ্টার উপরই নির্ভর করা উচিত। প্রতিবন্ধক
ধিক থাকিলে অবশ্য ভ্রূণমস্তক ধরিয়া টানাটানি করা কর্ত্তব্য নহে, কিন্তু
অনেক স্থলে ভগ্ন মস্তক ইহাদ্বারা সহজে টানিয়া বাহির করা যায় বলিয়াই,

এই যন্ত্রের এত আদর। এই উদ্দেশে যিনি একবার এই যন্ত্র ব্যবহার করিয়াছেন তিনি জানেন ইহাদ্বারা কত শীঘ্র ও সহজে প্রসব করান যায়।

বিলাতে এই যন্ত্রের ক্রমশঃ অধিক প্রচার ও সমাদর হইবে বলিয়া বোধ হয়। যেসকল স্থলে ভ্রূণের প্রাণ বিনাশ করা আবশ্যক তথায় এই যন্ত্রই সাধারণতঃ ব্যবহার হইবে। সিফ্যালোট্রিপ্সি ও ক্রেনীয়টমী এই উভয়ের মধ্যে কোন্‌টি ভাল পরে বলা যাইবে।

ইহার উপযোগিতা।

সিম্‌সন্‌ সাহেবের সিফ্যালোট্রাইব্‌ যন্ত্রের উন্নতিসাধন করিয়া ব্রাক্‌সটন্‌ হিক্‌স সাহেব যে যন্ত্র নির্ম্মাণ করিয়াছেন তাহাই সর্ব্বোৎকৃষ্ট।

যন্ত্র বর্ণনা।

এই যন্ত্রটি বিশেষ বড় ও ভারী নহে অথচ সকল স্থলেই কার্য্য করা যায় এবং ইহার মূল্যও অত্যন্ত অধিক নহে। ইহার ফলকদ্বয়ে ঈষৎ পেলবিক্‌ কার্ভ থাকায় প্রবেশ করান সহজ। কার্ভ এত অধিক নহে যে তজ্জন্য ভ্রূণমস্তক আবর্ত্তিত করা যায় না। ডাবলিন্‌ নগরের ডাং কিড্‌ সরল ফলক মনোনীত করেন; কিন্তু ম্যাথিউজ্‌ ডান্‌ক্যান্‌ কিছু ভারি যন্ত্র ব্যবহার করিতে ভাল বাসেন। এই সকল বিভিন্ন যন্ত্র এক প্রণালীতে কার্য্য করে, তাহাদের গঠনের ইতর বিশেষ থাকায় কোন ক্ষতি নাই।

ভ্রূণমস্তকের আয়তন ক্ষুদ্র করিবার জন্য কেহ কেহ উহা খণ্ড খণ্ড করিয়া কাটিতে পরামর্শ দেন। ভ্যানহুইভেল একপ্রকার যন্ত্র নির্ম্মাণ করিয়াছেন তদ্দ্বারা এই উদ্দেশ্য সাধিত হয়। ইহার নাম ফর্সেপ্‌স-স অর্থাৎ সন্দংশকরাত। ইহা দেখিতে সিফ্যালোট্রাইব্‌ সদৃশ এবং ইহাতে দুইখানি ফলক আছে। এই ফলকদ্বয়ের মধ্যে অতি জটিল কৌশলে একটি শৃঙ্খল-করাত রাখা হইয়াছে। শৃঙ্খল-করাত নিম্ন হইতে ঊর্দ্ধ দিকে চালিত করিলে ভ্রূণমস্তক কাটিয়া যায়। কর্ত্তিত অংশগুলি তাহার পর খণ্ড খণ্ড বাহির করিতে হয়। বেলজিয়াম্‌ দেশের ধাত্রীবিদ্যাবিৎ পণ্ডিতগণ এই যন্ত্রের বিস্তর প্রশংসা করেন এবং বলেন যে এই যন্ত্রদ্বারা ভ্রূণমস্তকের আয়তন যেরূপ নিরাপদে ছোট করা যায় সেরূপ আর কোন যন্ত্রদ্বারা হয়না। বিলাতে এই যন্ত্র আদৌ প্রচলিত হয় নাই। ইহার উদ্দেশ্য অতি সুন্দর হইলেও যেরূপ জটিল কৌশলে

ফর্সেপ্‌স-স অর্থাৎ সন্দংশ করাতে, অথবা ইত্যাকার যন্ত্রদ্বারা ভ্রূণ-মস্তক কর্ত্তন।

নির্ম্মিত ও ইহার মূল্য যেরূপ অধিক তাহাতে ইহা অধিক প্রচলিত হইতে পারে না।

ডাং বার্ণিজ্ বলেন যে তারনির্ম্মিত ইক্রাশ্যুর্ যন্ত্র দ্বারাও ভ্রূণমস্তকের আয়তন ছোট করা যাইতে পারে। কিন্তু বার্ণিজ্ এই উপায় কখন স্বয়ং অবলম্বন করেন নাই; সুতরাং এ বিষয়ে অধিক কিছু বলা যায় না। ডাং প্লেফেয়ার্ বলেন যে বস্তিগহ্বরের গঠনবিকৃতি থাকিলে ভ্রূণমস্তকে তারের ফাঁস প্রবেশ করান কঠিন। ভ্রূণমস্তক ও নির্গমপথের রীতিমত সামঞ্জস্যের অভাব হইলে ক্রেনিয়টমী অথবা সিফ্যালোট্রিপ্‌সি করিবার আবশ্যক হয়। সামঞ্জস্যের অভাব বিবিধ কারণ হইতে উৎপন্ন হইতে পারে। তন্মধ্যে অস্থিবিকৃতি থাকিলে শস্ত্রক্রিয়া নিতান্ত আবশ্যক। এই বিকৃতি বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বারে, গহ্বরমধ্যে, অথবা নির্গমদ্বারে হইতে পারে। সচরাচর প্রবেশদ্বারে সম্মুখ-পশ্চাৎ মাপই সঙ্কীর্ণ হইতে দেখা যায়। বস্তিগহ্বরের সঙ্কীর্ণতা কতদূর হইলে পূর্ণকালে জীবিত সন্তান ভূমিষ্ঠ হইতে পারে না তদ্বিষয়ে অনেক মতভেদ দৃষ্ট হয়। ক্লার্ক্ ও বার্ন্‌স বলেন যে প্রবেশদ্বারের সম্মুখ-পশ্চাৎ মাপ ৩½ ইঞ্চ্ অপেক্ষা ছোট হইলে জীবিত সন্তান ভূমিষ্ঠ হইতে পারে না। আবার র‍্যামস্‌বটাম্ বলেন ৩ ইঞ্চ্ অপেক্ষা ছোট হইতে পারে না। অস্‌বর্ণ ও হ্যামিল্টন্ বলেন ২¾ ইঞ্চ্ অপেক্ষা ছোট হইলে পারে না। কিন্তু সম্মুখ-পশ্চাৎ মাপ ২¾ ইঞ্চ হইলে অতিকষ্টে জীবিত সন্তান ভূমিষ্ঠ করিতে হয়। সুবিধা থাকিলে বিবর্ত্তন করিয়া এইরূপ আয়তনবিশিষ্ট বস্তিগহ্বর দিয়া সন্তান ভূমিষ্ঠ করা যায়। কতদূর ক্ষুদ্র আয়তন বিশিষ্ট বস্তিগহ্বর দিয়া সন্তান ভূমিষ্ঠ করা যাইতে পারে তাহা স্থির করা নাই। অনেক লব্ধপ্রতিষ্ঠ পণ্ডিত বলেন যে বস্তিগহ্বরের সম্মুখ-পশ্চাৎ মাপ ১½ ইঞ্চ অপেক্ষা বড় না হইলেও তন্মধ্য দিয়া কর্ত্তিত ভ্রূণ বাহির করা যায়। কিন্তু এরূপ করিতে গেলে বস্তিগহ্বরের আড়াআড়ি মাপে রীতিমত স্থান থাকা আবশ্যক নতুবা হস্তকৌশল প্রয়োগ করা যায় না। আড়াআড়ি মাপে ৩ ইঞ্চ কি ততোহধিক স্থান থাকিলে স্বাভাবিক পথ দিয়া ভ্রূণ স্বচ্ছন্দে বাহির করা যায়। কিন্তু গঠনবিকৃতি অত্যন্ত অধিক থাকিলে বিপদাশঙ্কা এবং প্রসূতির আঘাত লাগিবার

(পার্শ্বটীকা: যে যে স্থলে ক্রেনিয়টমী করিবার আবশ্যক হয়। — বস্তিগহ্বরের গঠন বিকৃতি। — গঠন বিকৃতি অত্যন্ত

অধিক থাকিলে এই প্রক্রিয়ায় বিপদ।

সম্ভাবনা এত অধিক যে এই প্রক্রিয়ার ভাবীফল সিজ্জারিয়ান্ সেক্শনের ভাবী ফলের তুল্য। এই জন্য গঠন বিকৃতি অধিক থাকিলে ইউরোপের অনেক প্রদেশে সিজ্জারিয়ান্ সেক্শন অনুষ্ঠিত হয়।

এই প্রক্রিয়া অনুষ্ঠান করিবার সীমা।

কিন্তু বিলাতী পণ্ডিতগণের মতে সুবিধা পাইলেই ক্রেনিয়টমী করা কর্ত্তব্য এই মতটি যুক্তিসঙ্গত। বস্তিগহ্বরের সম্মুখ-পশ্চাৎ মাপ একদিকে ২৳। ৩ ইঞ্চ এবং অপর দিকে ১৳ ইঞ্চ থাকিলে ক্রেনিয়টমী করা আবশ্যক, তবে ১৳ ইঞ্চ হইলে আড়াআড়ি মাপে রীতিমত স্থান থাকা আবশ্যক। অর্ব্বুদ অথবা অন্য কোন কারণে প্রতিবন্ধক জন্মিলে এইরূপ নিয়মে কার্য্য করা উচিত।

ক্রেনিয়টমী করিবার অন্যান্য কারণ।

বস্তিগহ্বরের সঙ্কীর্ণতা না থাকিলেও অন্য কারণবশতঃ ক্রেনিয়টমী করিবার আবশ্যক হইতে পারে। প্রসূতির প্রসবপথের অবস্থা যদি এমন হয় যে তম্মধ্য দিয়া ভ্রূণমস্তক নির্গত হইলে বিপদ হইতে পারে তবে ক্রেনিয়টমী করা আবশ্যক। পূর্ব্ব প্রসব বিলম্বসাধ্য হওয়ায় যোনির স্ফীতি এবং প্রদাহ থাকিলে, যোনিমধ্যে বন্ধন কি ক্ষতচিহ্ন থাকিলে এবং জরায়ুমুখ বদ্ধ ও কঠিন থাকিলে ক্রেনিয়টমী করিতে হয়।

এ সকল স্থলে জীবিত সন্তানের প্রাণ বিনাশ করিবার আবশ্যকতা নাই।

কিন্তু ধাত্রীচিকিৎসায় বিশেষ ব্যুৎপত্তি থাকিলে এই সকল কারণে জীবিত সন্তানের প্রাণবিনাশ করিবার আবশ্যক হয় না। এই সকল কারণের মধ্যে প্রসূতির কোমলাংশের স্ফীতিজন্য ভ্রূণমস্তক আবদ্ধ থাকিতে সচরাচর দেখা যায়। কিন্তু সময়মত ফর্সেপ্স ব্যবহার করিতে পারিলে এরূপ স্ফীতি জন্মিতে পায় না। দুর্ভাগ্যবশতঃ সময়মত সাহায্য করিতে না পারায় ভ্রূণমস্তক আবদ্ধ হইলে অগত্যা ক্রেনিয়টমী ভিন্ন অন্য উপায় নাই। কিন্তু বিলাতে এরূপ দুর্ঘটনার সংখ্যা ক্রমেই কমিয়া যাইতেছে। জরায়ুমুখের অবধা কাঠিন্য থাকিলে রবারের থলী প্রবেশ করাইয়া মুখ উন্মুক্ত করা যাইতে পারে অথবা গুরুতর হইলে জরায়ুমুখ ঈষৎ কাটিয়া দেওয়া যাইতে পারে। মুখ উন্মুক্ত না থাকিলে তম্মধ্য দিয়া কর্ত্তিত ভ্রূণ টানিয়া বাহির করিতে যেরূপ পদ মুখ কাটিতে সেরূপ নহে। যোনিমধ্যে ব্যাণ্ড কি ক্ষতচিহ্ন থাকিলে

নির্ম্মিত ও ইহার মূল্য যেরূপ অধিক তাহাতে ইহা অধিক প্রচলিত হইতে পারে না।

ডাং বার্ণিজ্ বলেন যে তারনির্ম্মিত ইক্রাশ্যুর্ যন্ত্র দ্বারাও ভ্রূণমস্তকের আয়তন ছোট করা যাইতে পারে। কিন্তু বার্ণিজ্ এই উপায় কখন স্বয়ং অবলম্বন করেন নাই; সুতরাং এ বিষয়ে অধিক কিছু বলা যায় না। ডাং প্লেফেয়ার্ বলেন যে বস্তিগহ্বরের গঠনবিকৃতি থাকিলে ভ্রূণমস্তকে তারের ফাঁস প্রবেশ করান কঠিন। ভ্রূণমস্তক ও নির্গমপথের রীতিমত সামঞ্জস্যের অভাব হইলে ক্রেনিয়টমী অথবা সিফ্যালোট্রিপ্সি করিবার আবশ্যক হয়। সামঞ্জস্যের অভাব বিবিধ কারণ হইতে উৎপন্ন হইতে পারে। তন্মধ্যে অস্থিবিকৃতি থাকিলে শস্ত্রক্রিয়া নিতান্ত আবশ্যক। এই বিকৃতি বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বারে, গহ্বরমধ্যে, অথবা নির্গমদ্বারে হইতে পারে। সচরাচর প্রবেশদ্বারে সম্মুখ-পশ্চাৎ মাপই সঙ্কীর্ণ হইতে দেখা যায়। বস্তিগহ্বরের সঙ্কীর্ণতা কতদূর হইলে পূর্ণকালে জীবিত সন্তান ভূমিষ্ঠ হইতে পারে না তদ্বিষয়ে অনেক মতভেদ দৃষ্ট হয়। ক্লার্ক্ ও বার্ন্স্ বলেন যে প্রবেশদ্বারের সম্মুখ-পশ্চাৎ মাপ ৩¼ ইঞ্চ্ অপেক্ষা ছোট হইলে জীবিত সন্তান ভূমিষ্ঠ হইতে পারে না। আবার র‍্যাম্স্বটাম্ বলেন ৩ ইঞ্চ্ অপেক্ষা ছোট হইতে পারে না। অসবর্ণ ও হ্যামিল্টন্ বলেন ২¾ ইঞ্চ্ অপেক্ষা ছোট হইলে পারে না। কিন্তু সম্মুখ-পশ্চাৎ মাপ ২¾ ইঞ্চ হইলে অতিকষ্টে জীবিত সন্তান ভূমিষ্ঠ করিতে হয়। সুবিধা থাকিলে বিবর্ত্তন করিয়া এইরূপ আয়তনবিশিষ্ট বস্তিগহ্বর দিয়া সন্তান ভূমিষ্ঠ করা যায়। কতদূর ক্ষুদ্র আয়তন বিশিষ্ট বস্তিগহ্বর দিয়া সন্তান ভূমিষ্ঠ করা যাইতে পারে তাহা স্থির করা নাই। অনেক লব্ধপ্রতিষ্ঠ পণ্ডিত বলেন যে বস্তিগহ্বরের সম্মুখ-পশ্চাৎ মাপ ১½ ইঞ্চ অপেক্ষা বড় না হইলেও তন্মধ্য দিয়া কর্ত্তিত ভ্রূণ বাহির করা যায়। কিন্তু এরূপ করিতে গেলে বস্তিগহ্বরের আড়াআড়ি মাপে রীতিমত স্থান থাকা আবশ্যক নতুবা হস্তকৌশল প্রয়োগ করা যায় না। আড়াআড়ি মাপে ৩ ইঞ্চ কি ততোঽধিক স্থান থাকিলে স্বাভাবিক পথ দিয়া ভ্রূণ স্বচ্ছন্দে বাহির করা যায়। কিন্তু গঠনবিকৃতি অত্যন্ত অধিক থাকিলে বিপদাশঙ্কা এবং প্রসূতির আঘাত লাগিবার

যে যে স্থলে ক্রেনিয়টমী করিবার আবশ্যক হয়।

বস্তিগহ্বরের গঠন বিকৃতি।

গঠন বিকৃতি অত্যন্ত

অধিক থাকিলে এই প্রক্রিয়ার বিপদ।

সম্ভাবনা এত অধিক যে এই প্রক্রিয়ার ভাবীফল সিজা-রিয়ান্ সেক্শনের ভাবী ফলের তুল্য। এই জন্য গঠন-বিকৃতি অধিক থাকিলে ইউরোপের অনেক প্রদেশে সিজারিয়ান্ সেক্শন্ অনুষ্ঠিত হয়।

কিন্তু বিলাতী পণ্ডিতগণের মতে সুবিধা পাইলেই ক্রেনিয়টমী করা কর্ত্তব্য।

এই প্রক্রিয়া অনুষ্ঠান করিবার সীমা।

এই মতটি যুক্তিসঙ্গত। বস্তিগহ্বরের সম্মুখ-পশ্চাৎ মাপ একদিকে ২¾। ৩ ইঞ্চ এবং অপর দিকে ১¾ ইঞ্চ থাকিলে ক্রেনিয়টমী করা আবশ্যক, তবে ১¾ ইঞ্চ হইলে আড়াআড়ি মাপে রীতিমত স্থান থাকা আবশ্যক। অর্ব্বুদ অথবা অন্য কোন কারণে প্রতিবন্ধক জন্মিলে এইরূপ নিয়মে কার্য্য করা উচিত।

বস্তিগহ্বরের সঙ্কীর্ণতা না থাকিলেও অন্য কারণবশতঃ ক্রেনিয়টমী

ক্রেনিয়টমী করিবার অন্যান্য কারণ।

করিবার আবশ্যক হইতে পারে। প্রসূতির প্রসবপথের অবস্থা যদি এমন হয় যে তন্মধ্য দিয়া ভ্রূণমস্তক নির্গত হইলে বিপদ হইতে পারে তবে ক্রেনিয়টমী করা আবশ্যক। পূর্ব্ব প্রসব বিলম্বসাধ্য হওয়ায় যোনির স্ফীতি এবং প্রদাহ থাকিলে, যোনিমধ্যে বন্ধন কি ক্ষতচিহ্ন থাকিলে এবং জরায়ুমুখ বদ্ধ ও কঠিন থাকিলে ক্রেনিয়টমী করিতে

এ সকল স্থলে জীবিত সন্তানের প্রাণ বিনাশ করিবার আবশ্যকতা নাই।

হয়। কিন্তু ধাত্রীচিকিৎসায় বিশেষ ব্যুৎপত্তি থাকিলে এই সকল কারণে জীবিত সন্তানের প্রাণবিনাশ করিবার আবশ্যক হয় না। এই সকল কারণের মধ্যে প্রসূতির কোমলাংশের স্ফীতিজন্য ভ্রূণমস্তক আবদ্ধ থাকিতে সচরাচর দেখা যায়। কিন্তু সময়মত ফর্সেপ্স্ ব্যবহার করিতে পারিলে এরূপ স্ফীতি জন্মিতে পায় না। দুর্ভাগ্যবশতঃ সময়মত সাহায্য করিতে না পারায় ভ্রূণমস্তক আবদ্ধ হইলে অগত্যা ক্রেনিয়টমী ভিন্ন অন্য উপায় নাই। কিন্তু বিলাতে এরূপ দুর্ঘটনার সংখ্যা ক্রমেই কমিয়া যাইতেছে। জরায়ুমুখের অযথা কাঠিন্য থাকিলে রবারের থলী প্রবেশ করাইয়া মুখ উন্মুক্ত করা যাইতে পারে অথবা গুরুতর হইলে জরায়ুমুখ ঈষৎ কাটিয়া দেওয়া যাইতে পারে। মুখ উন্মুক্ত না থাকিলে তন্মধ্য দিয়া কর্ত্তিত ভ্রূণ টানিয়া বাহির করিতে যেরূপ . পদ মুখ কাটিতে সেরূপ নহে। যোনিমধ্যে ব্যাণ্ড কি ক্ষতচিহ্ন থাকিলে

কাটিয়া বিস্তৃত করা যাইতে পারে। কাটিতে না পারিলে সন্তানের প্রাণবিনাশ না করিয়া বরং অল ছিঁড়িয়া যাইতে দেওয়া উচিত। পেরিনীয়ামের অবথা কাঠিন্য থাকিলে এরূপ করা যায়।

প্রসবের সময় কি কি উপসর্গ ঘটিলে ক্রেনিয়টমী করা যুক্তিসিদ্ধ।

প্রসবের সময় কোন কোন উপসর্গ যথা জরায়ু বিদারণ, আক্ষেপ এবং রক্তস্রাব হইলে ক্রেনিয়টমী করা আবশ্যক হইতে পারে। এই সকল স্থলে ফর্সেপস্ কিম্বা বিবর্ত্তন করিলেও উদ্দেশ্য সাধিত হইতে পারে। জরায়ু স্বভাবতঃ উন্মুক্ত না থাকিলেও উহাকে কৃত্রিম উপায়ে উন্মুক্ত করা যাইতে পারে এবং তখন ফর্সেপ্স্ কিম্বা বিবর্ত্তন অনুষ্ঠান করা যায়। জরায়ুবিদারণ ঘটিলেও ক্রেনিয়টমী তত উপযোগী নহে কারণ পূর্ব্বে বলাগিয়াছে যেসকল স্থলে ভ্রূণ জরায়ু হইতে আংশিক কি পূর্ণরূপে উদরগহ্বরে পতিত হয় তথায় গ্যাস্ট্রটমী করিলে প্রসূতির জীবিতাশা অধিক থাকে।

ভ্রূণের আয়তন অত্যন্ত অধিক হইলে ক্রেনিয়টমী আবশ্যক হইতে পারে।

ভ্রূণমস্তকের আয়তন স্বভাবতঃ অথবা পীড়াজন্য অত্যন্ত অধিক থাকিলে ভ্রূণ ও বস্তিগহ্বরের সামঞ্জস্য থাকেনা, তখন ক্রেনিয়টমী আবশ্যক হয়। মস্তক স্বভাবতঃ বড় হইলে প্রথমে ফর্সেপ্স লাগাইবার চেষ্টা করিবে, কৃতকার্য্য না হইলে মস্তকভেদ করিয়া উহার আয়তন ছোট করা অবশ্য কর্ত্তব্য।

সন্তান জীবিত নাই বিশ্বাস হইলে ক্রেনিয়টমী।

ধাত্রীবিদ্যাসম্বন্ধীয় অধিকাংশ পুস্তকে লেখা আছে যে সন্তান জীবিত নাই বুঝিতে পারিলে ফর্সেপ্স প্রয়োগ না করিয়া ক্রেনিয়টমী করাই যুক্তিসিদ্ধ। কেন না সন্তান মরিয়া গেলে সহজে ক্রেনিয়টমী করা যায় ও প্রসূতির বিপদাশঙ্কা থাকে না। বস্তিগহ্বর সঙ্কীর্ণ না হইলে মস্তক ভেদ করিয়া সন্তান বাহির করা সহজ সন্দেহ নাই এবং সন্তানের মৃত্যু হইয়াছে নিশ্চিত জানিতে পারিলে এই নিয়মটি মন্দ নহে। কিন্তু এই অনুসারে কার্য্য করিবার পূর্ব্বে স্মরণ রাখা উচিত

সন্তানের মৃত্যু নিশ্চিত অবধারিত করা কঠিন।

যে সন্তানের মৃত্যু নিশ্চিত অবধারিত করা বড় কঠিন। ভ্রূণের মৃত্যু যেসকল লক্ষণ দ্বারা স্থির করা যায় তাহাদের উপর নির্ভর করা চলে না, তবে ভ্রূণমস্তক হইতে চর্ম্ম উঠিয়া গেলে এবং মস্তকাস্থি বিচূর্ণ হইলে মৃত্যু অবধারিত হয় বটে কিন্তু এই লক্ষণ

মৃত্যুর এত বিলম্বে উপস্থিত হয় যে তখন মৃত্যু অবধারিত হইলেও ক্রেনিয়টমী আবশ্যক হয় না। সন্তান জীবিত থাকিলে প্রায়ই মিকোনিয়াম্ অর্থাৎ বিষ্ঠা নির্গত হয়। যমজ জন্মিলেও নাভীরজ্জু শীতল ও তাহাতে নাড়ীর গতি বন্ধ হইতে দেখা যায়। সন্তানের মৃত্যু না হইলেও অল্পক্ষণের জন্য ভ্রূণহৃৎপিণ্ডের শব্দ বন্ধ থাকিতে পারে। তবে গর্ভাবস্থায় বহুকালাবধি হৃৎপিণ্ডের শব্দ শুনিলে যদি বুঝা যায় যে ঐ শব্দ ক্রমে নিস্তেজ হইয়া অবশেষে একেবারে বন্ধ হইল তাহা হইলে ভ্রূণের মৃত্যু অবধারিত হয়। কিন্তু এই সকল স্থলে ফর্সেপ্‌স্ কি বিবর্ত্তন সত্বর অনুষ্ঠান করিলে ভ্রূণের মৃত্যু নিবারণ করা যাইতে পারে।

বস্ত্যগ্রসর প্রসবের কোথাও কোথাও অথবা বিবর্ত্তন করিবার পর কোন

নির্গমনোন্মুখ মস্তক ভেদ।

কোন স্থলে ভ্রূণ বাহির করা দুঃসাধ্য। এরূপ স্থলে ভেদ করিবার পুর্ব্বে সন্তানের মৃত্যু নিশ্চয় করিতে পারা যায়।

ক্রেনিয়টমী কিম্বা সিফ্যালোট্রিপ্‌সী যাহাই করা যাউক না কেন প্রথমে

ক্রেনিয়টমী ও সিফ্যালোট্রিপসি উভয় প্রক্রিয়ার পুর্ব্বে মস্তক ভেদ করা আবশ্যক।

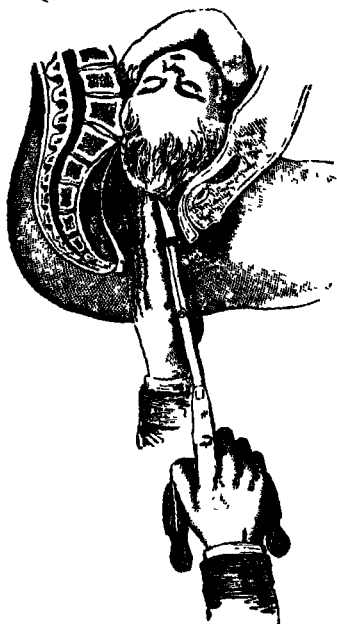
ভ্রূণমস্তক ভেদ করা আবশ্যক তজ্জন্য মস্তক ভেদপদ্ধতি প্রথমে বর্ণনা করা যাইতেছে। কেহ কেহ বলেন যে সিফ্যালোট্রিপ্‌সী করিতে গেলে প্রথমে মস্তক ভেদ না করিলেও চলে, কিন্তু প্রথমে ভেদ না করিয়া মস্তক ভাঙ্গিতে গেলে অনর্থক বিপদ ডাকিয়া অনা হয়। অতএব এই উভয় প্রক্রিয়াতে প্রথমে মস্তকভেদ করা আবশ্যক।

মস্তকভেদ করিবার পুর্ব্বে জরায়ুমুখ উন্মুক্ত আছে কি না নির্ণয় করা

মস্তকভেদ পদ্ধতি।

কর্ত্তব্য। কারণ যদি মুখ উন্মুক্ত না থাকে এবং মস্তক ভেদ করিবার চেষ্টা করা যায় তাহা হইলে গ্রীবা আহত হইবার সম্ভাবনা। বামহস্তের দুই কি ততোধিক অঙ্গুলী জরায়ুমুখে প্রবিষ্ট করাইয়া ভ্রূণমস্তকের উর্দ্ধাংশ অর্থাৎ প্যারাইট্যাল্ অস্থির উন্নতাংশ স্পর্শ করা আবশ্যক। অঙ্গুলীর নিম্নভাগ দিয়া পাফোরেটার্ যন্ত্র সাবধানে প্রবিষ্ট করাইতে হয়।

যন্ত্রাগ্র সন্ধিস্থল কি ফণ্টানেলীতে না রাখিয়া অস্থিময় স্থানে রাখিতে হয়। কারণ মস্তকখিলান সমধিক ভগ্ন করাই আমাদের উদ্দেশ্য। ভগ্ন করিলে মস্তকের আয়তন ছোট হইয়া যায়। যন্ত্রাগ্র মনোনীত স্থানে পৌছিলে গর্ত্ত করি-

মস্তকভেদ। বার জন্য যন্ত্রটি ঘুরাইতে হয়। ঘুরাইয়া ঘুরাইয়া ভিতরে যন্ত্রের স্কন্ধপর্য্যন্ত প্রবেশ করাইতে হয়। পরে মস্তকাস্থিতে যন্ত্রস্কন্ধ আবদ্ধ হইলে আর কিছু করিবার আবশ্যক নাই সময়ে সময়ে মস্তক বিদ্ধ করিতে অধিক বল লাগে। বিশেষতঃ দীর্ঘস্থায়ী চাপজন্য মস্তক স্ফীত হইলে অত্যন্ত কষ্ট হয়। বিদ্ধ করিবার সময় একজন সহকারীকে প্রসূতির উদরের উপর চাপ দিয়া ভ্রূণকে দৃঢ় করিতে বলিতে হয়। মস্তক প্রবেশ দ্বারের

ঊর্দ্ধে থাকিলে এইরূপ করিতে বলা নিতান্ত আবশ্যক। ইহার পর যন্ত্রের বাঁট ধরিয়া একত্র করিতে হয়। বাঁট একত্র করিলে ফলক দুইখানি ফাঁক হইয়া যায় ও উহার তীক্ষ্ণাগ্রদ্বারা অস্থি কাটিয়া যায়। কাটা হইলে যন্ত্রাগ্র ঘুরাইয়া বিপরীত দিকে লইয়া গিয়া ফলকদ্বয় আবার ফাঁক করিলে প্রথম কর্ত্তিত স্থানের সমকোণে আর একবার কর্ত্তিত হয়। কর্ত্তিত স্থান ঢ্যারার ✕ আকার হয়। কাটিবার সময় যন্ত্রটি স্কন্ধপর্য্যন্ত যাহাতে ভিতরে প্রবেশ

রূপে তাহা করা আবশ্যক। কেন না তাহা হইলে প্রসূতির আঘাত লাগিবার সম্ভাবনা থাকে না। তাহার পর যন্ত্রটি মস্তকাভ্যন্তরে প্রবিষ্ট করাইয়া এদিক ওদিক নাড়িতে হয়; এরূপ করিলে মস্তিষ্ক সম্পূর্ণরূপে ভগ্ন হইয়া যায়।

মস্তিষ্কভেদ।

যন্ত্রটি যাহাতে মেডালা অব্লঙ্গেটা ও মস্তিষ্কের তলদেশ পর্য্যন্ত পৌঁছাইয়া উহাদিগকে নষ্ট করে এরূপ করা উচিত নচেৎ সন্তান একেবারে মারা পড়ে না। কেহ কেহ গরম জল দিয়া মস্তিষ্ক প্রভৃতি ধৌত করিয়া বাহির করিতে পরামর্শ দেন। কিন্তু ছিদ্রটী ভাল রকম হইলে ধৌত না করিলেও মস্তিষ্ক প্রভৃতি বাহির হইয়া যায়।

ভ্রূণমস্তক শেষে বাহির হইলে কিরূপে ভেদ করিতে হয়।

ভ্রূণের অন্যান্য অঙ্গপ্রত্যঙ্গ বাহির হইয়া মস্তক শেষে বাহির হইলে ভেদ করা তত কঠিন নহে। এস্থলেও পূর্ব্বের ন্যায় মস্তক ভেদ করা যায় তবে ভ্রূণের নির্গতদেহ একজন সহকারী ধারণ করিয়া পথ হইতে সরাইয়া রাখিবে। যন্ত্রাগ্র অঙ্গুলিদ্বারা আবৃত রাখিয়া অক্সিপট্ কি কর্ণের পশ্চাতে উক্তরূপে লাগাইতে হয়।

মস্তক ভেদ করা হইলে কিছু বিলম্বে সন্তান টানিয়া বাহির করা উচিত।

সত্বর প্রসব করাইবার আবশ্যক না থাকিলে এবং বেদনা উপস্থিত থাকিলে ১০।১৫ মিনিট্ অপেক্ষা করিয়া সন্তান বাহির করা ভাল। বিলম্ব করিলে মস্তক সঙ্কীর্ণ হইবার সময় পায় এবং প্রসববেদনা দ্বারা বস্তিগহ্বরের উপযোগী আয়তন প্রাপ্ত হইয়া আপনা হইতে বাহির হইয়া যাইতে পারে। এত সুবিধা না হইলেও বিলম্ব করিলে অন্ততঃ মস্তক নিম্নে আসিয়া থাকে। তখন টানিয়া বাহির করিবার সুবিধা হয়।

কোন কোন স্থলে প্রবিষ্ট ফর্সেপ্স্ বাহির না করিয়া মস্তক ভেদ করা উচিত।

বস্তিগহ্বরের সঙ্কীর্ণতা অথবা অন্য কোন প্রতিবন্ধক সামান্য হইলে ফর্সেপ্স্দ্বারা প্রসব করান যায় না। এরূপ স্থলে প্রবিষ্ট ফর্সেপ্স্ বাহির না করিয়া মস্তক ভেদ করিলে ফর্সেপ্স্ দ্বারা টানিবার সুবিধা হয়।

এক্ষনে কোন্ যন্ত্রদ্বারা টানিবার সুবিধা হয় তাহাই বলা যাইতেছে। টানিবার জন্য সিফ্যালোট্রাইব্ এবং ক্রেনিয়টমী ফর্সেপস্ উভয়ই ব্যবহৃত হয়। কোন কোন স্থলে বস্তিগহ্বরের সঙ্কীর্ণতা সামান্য থাকিলে বিবর্ত্তনদ্বারা ইষ্টসিদ্ধি হয়।

যাঁহারা উভয় প্রক্রিয়ার অনুষ্ঠান করিয়াছেন তাঁহারা সকলেই স্বীকার করেন যে সামান্য স্থলে অর্থাৎ যথায় প্রতিবন্ধক অধিক নাই কেবল ভ্রূণমস্তকের আয়তন ঈষৎ ছোট করা আবশ্যক তথায় সিফ্যালোট্রিপ্সী অপেক্ষাকৃত সহজ। সিফ্যালোট্রাইব্ দ্বারা ভ্রূণমস্তক যেরূপ সহজে বিচূর্ণ করা যায় এবং বিচূর্ণ মস্তক যেরূপ শীঘ্র ও সহজে বাহির করা যায় তাহা ব্রাক্সটন্ হিক্স, কিড্ প্রভৃতি লেখকগণের পুস্তক পাঠে জানা যাইতে পারে। প্রতিবন্ধক সামন্য থাকিলেও ক্রেনিয়টমী ফর্সেপ্স্ দ্বারা তত কাজ হয় না। কারণ ক্রেনিয়টমী ফর্সেপ্স্ ব্যবহারে অধিক টানিতে হয়, এই ফর্সেপ্স্‌এর ফলকদ্বয় অতিকষ্টে লাগান যায়, অথবা মস্তকখিলানের অধিকাংশ না ভাঙ্গিলে মস্তক বাহির হয় না। অধিক ভাঙ্গিতে গেলেই যত সাবধান হওয়া যাউক না কেন প্রসূতির আঘাত লাগিবার সম্ভাবনা থাকে এবং ভীরু অপরিণামদর্শী চিকিৎসকের হস্তে এইটি গুরুতর হইতে পারে। কিন্তু সিফ্যালোট্রিপ্সীতে এই সকল আশঙ্কা নাই। আবার সিফ্যালোটাইব্ যন্ত্রের ফলক প্রবেশ করান তাদৃশ কঠিন নহে এবং প্রবেশ করাইবার সময় বিপদাশঙ্কাও অতি অল্প। অতএব প্রতিবন্ধক অধিক না থাকিলে সিফ্যালোট্রিপ্সী ব্যবহার করা সহজ ও নিরাপদ। বস্তিগহ্বরের গঠনবিকৃতি অধিক হইলে এই উভয় প্রক্রিয়ার সুবিধা প্রায় একই। গঠনবিকৃতি অত্যন্ত অধিক হইলে অতিক্ষুদ্র সিফ্যালোট্রাইব্ যন্ত্রফলকও প্রবেশ করান দুঃসাধ্য। প্রবেশ করাইতে পারিলেও বস্তিগহ্বরের স্থান এত সঙ্কীর্ণ হয় যে যন্ত্র নাড়িয়া কার্য্য করা যায় না। আবার মস্তকের আয়তন ক্ষুদ্র করিবার জন্য মস্তক বার বার ভাঙ্গিতে হয়। কেহ কেহ বলেন যে ভ্রূণমস্তক একদিকে ভাঙ্গিলে অপর দিকে বড় হয়, কিন্তু ইহাতে তত ক্ষতি নাই। যন্ত্রফলক বাহির করিয়া আবার মস্তকের অন্য স্থলে লাগইতে এবং (পাজো সাহেবের মতে) এইরূপ বার বার করিতে বিশেষ আপত্তি আছে। সঙ্কীর্ণ বস্তিগহ্বরে এইরূপ করিলে আঘাত লাগিবার বিলক্ষণ সম্ভাবনা। সৌভাগ্যবশতঃ এরূপ ঘটনা অত্যন্ত বিরল, কিন্তু ঘটিলে চিকিৎসক বড়ই ব্যাকুল হইয়া পড়েন। যাহাহউক মোট।মুট স্থির করিতে

সিফ্যালোট্রিপ্সী ও ক্রেনিয়টমী উভয়ের মধ্যে কোনটী ভাল।

প্রতিবন্ধক অধিক হইলে মস্তক ভেদ করা ভাল।

প্রতিবন্ধক অধিক থাকিলে সিফ্যালোট্রিপ্সীতে তত সুবিধা নাই।

ক্ষেত্রে সাধারণতঃ সিফ্যালোট্রিপ্সী অনুষ্ঠান করা সহজ ও নিরাপদ; কিন্তু গঠনবিকৃতি অধিক হইলে সিফ্যালোট্রিপ্সী অপেক্ষা ক্রেনিয়টমী ভাল। সিফ্যালোট্রাইব্ ব্যবহার করিতে হইলে প্রথমে ফলক প্রবেশ করাইতে হয়। হাই-ফর্সেপ্স প্রক্রিয়ায় যেরূপ সাবধানে

সিফ্যালোট্রিপ্সী বর্জন।

ফলক প্রবেশ।

ও যে পদ্ধতিতে ফলক প্রবেশ করাইতে হয় ঠিক সেই-রূপে সিফ্যালোট্রাইব্ ফলক প্রবেশ করাইতে হয়। অনেক স্থলে জরায়ুমুখ উন্মুক্ত থাকে না, যাহাতে জরায়ুর মুখমধ্যে যন্ত্র প্রবিষ্ট হয় সে বিষয়ে বিশেষ যত্নবান্ থাকা আবশ্যক। মুখপ্রান্তে যাহাতে কোন মতে আঘাত না লাগে তজ্জন্য বাম হস্তের দুই কি তিন অঙ্গুলি অথবা আবশ্যকমত সমগ্র হস্ত জরায়ু-মধ্যে প্রবেশ করাইয়া প্রসূতির উপাদান রক্ষা করা উচিত। মস্তকের তলদেশে যন্ত্র পৌঁছাইয়া উত্তমরূপে ভাঙ্গিবার জন্য ফলকদ্বয় অধিক দূর পর্য্যন্ত সাবধানে

প্রবেশ করান কর্ত্তব্য। সেক্রমের উন্নত প্রমণ্টারিদ্বারা ভ্রূণমস্তক সম্মুখদিকে চালিত হয় বলিয়া এই যন্ত্রের বাঁট দুইটি, খিল লাগাইবার পর পেরিনীয়ামের দিকে ঠেলিয়া ধরিতে হয়। ফলকদ্বয় সহজে যুড়িতে না পারিলে অথবা প্রবেশ করাইবার সময় কোন প্রতিবন্ধক পাইলে ফলকখানি বাহির করিয়া ফর্সেপ্‌স্‌এর ন্যায় পুনর্ব্বার সাবধানে প্রবেশ করান উচিত। যন্ত্র প্রবিষ্ট হইলে প্রসূতির উদরের উপর চাপ দিয়া ভ্রূণমস্তক দৃঢ় রাখা আবশ্যক কেননা মস্তক সচরাচর প্রবেশদ্বারের ঊর্দ্ধে থাকে এবং দৃঢ় না করিলে পিছাইয়া যায়। ফলকদ্বয় যথাস্থানে গেলে বাঁটের স্ক্রু ঘুরাইলে ফলকদ্বয় সন্নিহিত হয় ও ভ্রূণমস্তক বিচূর্ণ হইয়া যায়। ক্রমে ফলক মাংসমধ্যে বসিয়া যায়। বিচূর্ণ অংশের পরিমাপ ফলকের পরিমাপ অপেক্ষা অধিক হয় না অর্থাৎ প্রায় ১ ½ ইঞ্চ্‌ মাত্র হয়। কিন্তু চাপিত স্থান যেমন ছোট হয় তেমন অপর স্থান স্ফীত হইয়া উঠে।

প্রসূতির উদরে চাপ দিয়া ভ্রূণমস্তক দৃঢ় করা উচিত।

সঙ্কীর্ণতা সামান্য হইলে ইহাতে কোন ক্ষতি নাই। তাহার পর বেদনার জন্য সম্ভবমত অপেক্ষা করিয়া মস্তক ধুবিয়া টানিতে হয়। টানিবার সময় ফর্সেপ্‌স দ্বারা টানিবার নিয়মে প্রথমে প্রবেশদ্বার ও পরে নির্গমদ্বারের এক্সিস অনুসারে টানা কর্ত্তব্য। মস্তকের যে স্থানে ছিদ্র করা হইয়াছে তথায় অস্থিখণ্ড উন্নত থাকে এজন্য বিশেষ পরীক্ষা করিতে হয় এবং থাকিলে অস্থিখণ্ড বাহির করিয়া দিতে হয়।

বিচূর্ণ হইলে মস্তক টানা।

এই সকল স্থলে মস্তক সচরাচর সহজে নামিয়া যায়। যদি না নামে তবে যন্ত্রের বাঁট ধরিয়া সিকি পাক ঘুরাইতে হয়। ঘুরাইলে মস্তকের বিচূর্ণ অংশ বস্তিগহ্বরের সঙ্কীর্ণ মাপে এবং অবিচূর্ণ অংশ প্রশস্ত আড়াআড়ি মাপে যায়। এরূপ করা হইলে যন্ত্র ফলক সাবধানে বাহির করিয়া আবার সাবধানে পুনঃ প্রবিষ্ট করা আবশ্যক; কেন না তাহা হইলে মস্তকের অবিচূর্ণ অংশ ভাঙ্গিতে পারা যায়। কিন্তু এরূপ করা অত্যন্ত কঠিন হইয়া পড়ে, কারণ ফলকদ্বয় পুনঃ প্রবিষ্ট করিলে যেস্থান ভগ্ন করায় গভীর খাত হইয়াছে তথায় আপনি গিয়া পড়ে। যন্ত্রফলকদ্বারা নূতন (অভগ্ন) স্থান ধারণ করা বড় কঠিন। প্রসূতির

টানিবার পূর্ব্বে মস্তক কখন কখন আবর্ত্তিত করা উচিত।

যন্ত্র ফলক বাহির করিয়া সময়ে সময়ে পুনঃ প্রবিষ্ট করা আবশ্যক।

অবস্থা ভাল ও প্রসববেদনা উপস্থিত থাকিলে ফলক পুনঃ প্রবিষ্ট করাইবার পূর্ব্বে দুই এক ঘণ্টা অপেক্ষা করিলে মস্তক বস্তিগহ্বরে উপযোগী হইয়া আপনা হইতে নামিতে পারে। টার্ণিয়ার্ বলেন যে ডুবোয়া এই প্রথা অবলম্বন করিতেন বলিয়া তাঁহার এত যশঃ হইয়াছিল।

পাজো সাহেবের মতানুসারে মস্তক পুনঃপুনঃ ভঙ্গকরা।

বস্তিগহ্বরের সঙ্কীর্ণতা অত্যন্ত অধিক হইলে পাজো সাহেব উক্ত প্রথায় কার্য্য করিতেন। তিনি বলেন যে প্রসূতির অবস্থানুসারে যন্ত্রফলক ২।৩।৪ ঘণ্টা অন্তর পুনঃ প্রবিষ্ট করিয়া মস্তকটি সম্পূর্ণ বিচূর্ণ করা উচিত। টানিবার চেষ্টা না করিয়া সূতিশক্তির উপর নির্ভর করা কর্ত্তব্য। তিনি বলেন যে সঙ্কীর্ণতা ২½ ইঞ্চ্ আপেক্ষা কম হইলে এই প্রথা অবলম্বন করিতে হয় এবং সম্মুখ-পশ্চাৎ মাপ ১½ ইঞ্চ্ হইলেও ইহাদ্বারা প্রসব করান যাইতে পারে। যন্ত্রফলক উক্তরূপে পুনঃ প্রবেশ করিতে গেলে বিপদাশঙ্কা অধিক এবং চিকিৎসক সুদক্ষ না হইলে এরূপ কার্য্য নিঃসন্দেহ বিপদজনক। যন্ত্রফলক দ্বিতীয়বার প্রবিষ্ট করাইয়া যদি প্রতিবন্ধক দূর না হয় তাহা হইলে নিম্নলিখিত প্রথা অবলম্বন করা উচিত।

ব্যাজিলিষ্ট যন্ত্রদ্বারা

এডিনবারানিবাসী অধ্যাপক সিম্সন্ সাহেব সম্প্রতি একযন্ত্র আবিষ্কার করিয়াছেন তাহার নাম ব্যাসিলিষ্ট। সাইমন যে প্রথা প্রথম

মস্তকের তলদেশ ভঙ্গকরা।

উল্লেখ করেন সেই প্রথানুসারে এই যন্ত্রদ্বারা মস্তকাভ্যন্তর হইতে মস্তকের তলদেশ ভগ্ন করা যায়। যন্ত্রাগ্রভাগ স্ক্রুর মত। পার্ফোরেটার্ যন্ত্রদ্বারা মস্তকে যে ছিদ্র করা হইয়াছে সেই ছিদ্র মধ্য দিয়া স্ক্রু চালিত করিয়া মস্তকের কঠিন তলদেশে লাগান হইলে যন্ত্রফলক ঘুরাইয়া মস্তকের কঠিন অংশ ভাঙ্গিতে হয়। এই যন্ত্র বহুপ্রচলিত হইয়া যদি বুঝা যায় যে ইহাদ্বারা সহজে কার্য্য করা যায় তাহা হইলে ব্যাজিলিষ্ট্ যন্ত্র চিকিৎসকদিগের পক্ষে মহোপকারী হইবে। কারণ ইহাদ্বারা মস্তকের অতি কঠিন অংশ অনায়াসে ভাঙ্গিতে পারা যায় এবং প্রসূতিকে কোন আঘাত লাগিতে পায় না।

সন্তান বাহির করিবার জন্য যদি ক্রেনিয়টমী ফর্সেপ্স মনোনীত করা হয় তাহা হইলে ইহার একখানি ফলক, মস্তকে যে ছিদ্র করা হইয়াছে সেই ছিদ্রমধ্যে ও অপর খানি ছিদ্রের বাহিরে লাগাইতে হয়। গঠনবিকৃতি সামান্য থাকিলে বেদনাকালে টানিলেই মস্তক নামিয়া আইসে। প্রতিবন্ধক অধিক থাকিলে মস্তক-খিলানের সমস্তই ভাঙ্গিয়া ফেলিতে হয়। খিলান ভাঙ্গিবার জন্য সিম্সনের ক্রেনিয়ক্লাষ্ট এর তুল্য যন্ত্র আর নাই। এই যন্ত্রের একখানি ফলক মস্তকাভ্যন্তরে প্রবেশ করাইয়া অপর খানি চর্ম্ম ও অস্থির ব্যবধানে দিয়া গ্রাসিত অস্থিখণ্ড ভাঙ্গিতে হয়। অধিক বল না দিয়া কেবল মণিবন্ধ ঘুরাইলেই অস্থি ভাঙ্গিতে পারা যায়। ভগ্ন অস্থিখণ্ড বাহির করিবার সময় যাহাতে প্রসূতির আঘাত না লাগে তজ্জন্য বাম হস্তের অঙ্গুলিদ্বারা কোমলাংশরক্ষা করিতে হয়। আবার নূতন স্থানে যন্ত্র লাগাইয়া ঐরূপে ভাঙ্গিতে হয়। ক্রমে যতদূর আবশ্যক ততদূর ভাঙ্গিয়া বাহির করিতে হয়।

ক্রেনিয়টমী ফর্সেপ্স দ্বারা সন্তান বাহির করা।

মস্তক খিলান সমস্ত ভঙ্গ করা।

ডাং ব্রাক্সটন্ হিক্স্ নিঃসন্দেহরূপে প্রমাণ করিয়াছেন যে মস্তকের খিলান ভাঙ্গিয়া ফেলিবার পর সন্তানের মুখ নামাইয়া আনা কর্ত্তব্য। কারণ অস্থির এন্‌ভিওলাম্ রেখা অর্থাৎ উপর মাড়ি পর্য্যন্ত মাপটি সর্ব্বাপেক্ষা ক্ষুদ্র। মুখ নামাইবার জন্য একটি ক্ষুদ্র অতীক্ষ্ণ বড়িশ চক্ষুঃকোটরে লাগাইয়া টানিতে হয়। বার্ণিজ্ বলেন

কঠিনস্থলে মুখ নামাইয়া আনা সুবিধা।

যে ক্রেনিয়টমী ফর্সেপ্‌স্ সন্তানের কপাল ও মুখে সংলগ্ন করিয়া পশ্চাৎদিকে টানিলে মুখ ত্রিকাস্থির উন্নত প্রমণ্টারির পার্শ্ব দিয়া নামে। বহুকাল পূর্ব্বে বার্ণিজ্ সাহেব বলিয়াছিলেন যে এরূপস্থলে মুখ নামাইলে সুবিধা হয়; কিন্তু তাঁহার কথা তখন কেহ গ্রাহ্য করেন নাই। হিক্‌স্ সাহেব সম্প্রতি সেই কথা পুনরুত্থাপিত করিয়া সকলের মন আকৃষ্ট করিয়াছেন। এই সকল স্থলে ভগ্ন অস্থিখণ্ড বাহির করিবার সময় প্রসূতিকে দারুণ অঘাত লাগিবার সম্ভাবনা বলিয়া মস্তকাবরক চর্ম্ম ও পেশীসকল কাটা কোন মতে উচিত নহে এবং ভগ্ন অস্থিখণ্ড বাহির করিবার সময় অত্যন্ত সাবধান থাকা কর্ত্তব্য।

মস্তকাবরক চর্ম্ম ও পেশী সকল নষ্ট করা উচিত নহে।

সিফ্যালোট্রাইব্ অথবা ক্রেনিয়টমী ফর্সেপ্‌স্ দ্বারা ভ্রূণমস্তক বাহির করা হইলে দেহ বাহির করা তাদৃশ কঠিন নহে। মস্তক ধরিয়া টানিলে ভ্রূণের বগল নামিয়া আইসে তাহার পর দেহ আর বাহির না হইলে বগলে অঙ্গুলি অথবা অতীক্ষ্ণ বড়িশ প্রবিষ্ট করাইয়া যতক্ষণ স্কন্ধ বাহির না হয় ততক্ষণ টানা উচিত। তাহার পর ভ্রূণের অপর হস্ত ধরিয়া উক্ত প্রকার টানিতে হয় এরূপ টানাতেও দেহ বাহির না হইলে সিফ্যালোট্রাইব দ্বারা ভ্রূণের বক্ষ ভঙ্গ করিয়া দিতে হয়, কিন্তু ভ্রূণদেহ এত নমনশীল যে এরূপ করিবার আবশ্যক হয় না।

দেহ নিঃসারণ।

এক্ষণে ভ্রূণহন্তারক শস্ত্রক্রিয়ার দ্বিতীয় শ্রেণী বর্ণিত হইতেছে। যেসকল স্থলে ভ্রূণের একটি হস্ত বাহির হইয়া বহুক্ষণ পর্য্যন্ত আট্‌কাইয়া থাকে এবং বিবর্ত্তন করা অসাধ্য হয় তথায় এই দ্বিতীয় শ্রেণীর শস্ত্রক্রিয়া আবশ্যক। এস্থলে ভ্রূণহত্যার ভয় থাকে না কেন না, দীর্ঘস্থায়ী চাপজন্য ভ্রূণের নিশ্চয়ই মৃত্যু হয়। দুইটি শস্ত্রক্রিয়া এই দ্বিতীয় শ্রেণীর অন্তর্গত (১) ডিক্যাপিটেশন্ বা মস্তকচ্ছেদ (২) ঈভিসারেশন্ বা অন্তঃকোষ্ঠচ্ছেদ।

ভ্রূণ আড়াআড়িভাবে থাকিলে যদি বিবর্ত্তন দ্বারা বাহির না হয় তবে উহাকে কাটিয়া বাহির করা আবশ্যক।

মস্তকচ্ছেদ অতি প্রাচীনকাল হইতে প্রচলিত আছে। সেল্‌সাস্ ইহা সবিস্তার বর্ণনা করিয়াছেন। দেহ হইতে মস্তক বিযুক্ত করাকে মস্তকচ্ছেদ বলে। মস্তক বিযুক্ত হইলে নির্গত হস্ত ধরিয়া টানিলে

মস্তকচ্ছেদ।

দেহ বাহির হয়। প্রথমে দেহ বাহির করিয়া পরে মস্তক বাহির করিতে হয়। ভ্রূণের গ্রীবা অনায়াসে প্রাপ্য হইলে (সচরাচর স্কন্ধ এত নিম্নে থাকে যে গ্রীবা সহজে পাওয়া যায়) মস্তকচ্ছেদ করা সহজ ও নিরাপদ।

গ্রীবাচ্ছেদ করিবার জন্য বিবিধ যন্ত্র নির্ম্মিত হইয়াছে। বিলাতে যে যন্ত্র সচরাচর ব্যবহার হয় তাহার নাম র‍্যাম্‌সবটামের হুক্ বা বড়িশ। এই বড়িশের ভিতর দিক তীক্ষ্ণ। বড়িশটি গ্রীবাতে লইয়া গিয়া করাতের ন্যায় ব্যবহার করিতে হয়। অনেক সময়ে গ্রীবাতে বড়িশ লাগান কঠিন, কিন্তু লাগাইতে পারিলে গ্রীবা ছেদ করা সহজ। নাসরন্ধ্র রোধ করিবার যন্ত্রের অনুকরণে কেহ কেহ যন্ত্র নির্ম্মাণ করিয়াছেন। এই যন্ত্রে একটি স্প্রীং আছে ও ইহার শেষে দড়ি অথবা ইক্রাস্যুর যন্ত্রের শিকল লাগান থাকে। স্প্রীংটি গ্রীবামধ্য দিয়া টানিয়া লইলে দড়ি অথবা শিকল যথাস্থানে যায়। এই সকল যন্ত্রের প্রধান অসুবিধা এই যে সকল সময়ে ইহা পাওয়া যায় না, কেননা কোন চিকিৎসক অনাবশ্যক যন্ত্র প্রায় নিকটে রাখেন না। অতএব গ্রীবা ছেদ করিবার কোন অনায়াসপ্রাপ্য উপায় আছে কিনা জানা উচিত। ড্যুবোয়া বলেন যে দৃঢ় ও অনতিতিক্ষ্ণ কাঁচি থাকিলেই গ্রীবাচ্ছেদ করা যায়। নির্গত হস্ত ধরিয়া টানিয়া গ্রীবা যত নিম্ন আনা যায় তাহা করা উচিত। তাহার পর কাঁচিদ্বারা গ্রীবা নিম্ন হইতে ঊর্দ্ধে সাবধানে কাটিতে হয়। গ্রীবা নিম্নে থাকিলে কাটা কঠিন নহে। ডাবলিন্ নগরের ডাং কিড্ বলেন যে রবার নির্ম্মিত সাধারণ পুরুষ-শলাকা কিম্বা জরায়ুর সাউণ্ড যন্ত্রের উপর বসাইয়া গলার উপর চালিত করিবে। প্রবেশ করাইবার পূর্ব্বে ক্যাথিটার্ এর ছিদ্রে একগাছি দড়ি লাগাইয়া প্রবেশ করাইলে দড়িটি প্রায় থাকিয়া যায়। তাহার পর এই দড়ির একদিকে এক-গাছি লাখ্‌লাইন্ অথবা ইক্র্যাস্যের যন্ত্রের তার বাঁধিয়া টানিয়া লইতে হয়; পরে ঐ সরু দড়ি খুলিয়া ফেলিলে লাখ্‌লাইন্ অথবা তার গ্রীবায় থাকে। ইহাদ্বারা কিছুক্ষণ ঘর্ষণ করিলে মস্তক বিযুক্ত হয়। কিন্তু দড়িদ্বারা ঘর্ষণ করিলে যোনি-মধ্যে স্পেকুল্যাম্ যন্ত্র রাখা বর্ত্তব্য নচেৎ প্রসূতির আঘাত লাগিবার সম্ভাবনা। ইক্রাস্যুরদ্বারা কার্য্য করিলে কোন বিপদাশঙ্কা থাকে না।

গ্রীবাচ্ছেদ করিবার প্রথা।

মস্তক বিযুক্ত হইলে আর অধিক কষ্ট পাইতে হয় না। নির্গত ভ্রূণ

জ্রণদেহ ও মস্তক বাহির করা।

ধরিয়া টানিলে দেহ বাহির হয় তাহার পর মস্তক বাহির করিতে হয়। প্রসূতির উদরের উপর চাপ দিলে মস্তকটি বস্তিগহ্বরের নিম্নদেশে নামে তখন সিফ্যালোট্রাইব্ দ্বারা বাহির করিতে হয়। মস্তক বাহির করিবার জন্য সিফ্যালোট্রাইবএর তুল্য যন্ত্র আর নাই। মস্তকচ্ছেদ করিতে গেলে প্রথমে ভেদ করা আবশ্যক হয় না, কারণ বিযুক্ত কাশেরুক প্রণালী দিয়া মস্তিষ্ক বাহির হয়। প্রসূতির উদরের উপর চাপ না দিলে মস্তক পিছলাইয়া যায় ও যন্ত্রদ্বারা ধরা যায় না। সিফ্যালোটাইব্ নিকটে না থাকিলে পার্ফোরেটার্ ও ক্রেনিয়টমী যন্ত্র ব্যবহার করিতে পারা যায়। মস্তক অত্যন্ত নড়ে বলিয়া ভেদ করা দুরূহ। ভেদ করিতে পারিলে এই ছিদ্রমধ্যে ক্রেনিয়টমী ফর্সেপ সএর একখানি ফলক প্রবেশ করাইয়া ও অপর খানি মস্তকের উপর রাখিয়া ধীরে ধীরে সাবধানে টানিতে হয়।

ঈভিসারেশন্ বা অন্তঃকোষ্ঠচ্ছেদ।

ঈভিসারেশন্ বা অন্তঃকোষ্ঠ ছেদ করা বড় কঠিন ও কষ্টকর। গ্রীবা স্পর্শ করিতে না পারিলে কাজেকাজেই অন্তঃকোষ্ঠ ছেদ করিতে হয়। অন্তঃকোষ্ঠ ভেদ করিতে গেলে প্রথমে সন্তান বক্ষের নিম্নদেশে বড় ছিদ্র করিতে হয়। ছিদ্র বড় না করিলে যন্ত্র প্রবেশ করান কঠিন। এই ছিদ্রমধ্যে যন্ত্রদিয়া অন্তঃকোষ্ঠ সকল এক এক করিয়া বাহির করিতে হয়। প্রথমে অন্তঃকোষ্ঠসকল পার্ফোরেটার্ যন্ত্রদ্বারা খণ্ড খণ্ড করিয়া শেষে বাহির করিতে হয়। তাহারপর ডায়াফ্রাম্ ভেদ করিয়া উদরগহ্বরের অন্তঃকোষ্ঠসমূহ উক্তপ্রকারে বাহির করিতে হয়। অন্তঃকোষ্ঠ বাহির করিবার উদ্দেশ্য এই যে বক্ষঃ ও উদরপ্রাচীরের আয়তন ক্ষুদ্র হইয়া দেহ বাহির হইবার সুবিধা হয়। বক্ষঃ ছিদ্রদ্বারা মেরুদণ্ড কাটিয়া দিলে দেহ দোমড়াইয়া অতি সহজে বাহির হয়। এস্থলে ক্রোচেট্ যন্ত্র উপকারে আইসে। এই যন্ত্র উদরগহ্বরমধ্য দিয়া ভ্রূণের নিতম্বে আট্‌কাইয়া টানিলে প্রসূতিকে আঘাত লাগিতে পায় না। এই শস্ত্রক্রিয়া অনুষ্ঠান করিতে অনেক সময় ও পরিশ্রম লাগে এবং ইহা মস্তকচ্ছেদ অপেক্ষা অনেক অংশে মন্দ। তবে যথায় মস্তকচ্ছেদ করা যায় না তথায় কাজেই ইহা অবলম্বন করিতে হয়। হারিস্ সাহেব বলেন যে ভ্রূণ আড়ভাবে থাকিয়া আবদ্ধ হইলে ইউনাইটেড্ ষ্টেটস্ নগরে ৯টি স্থলে মস্তকচ্ছেদ কি অন্তঃকোষ্ঠচ্ছেদ করিতে না পারিয়া সিজারি-

রান্ সেকৃশন্ করা হয়। ইহার মধ্যে ৬টি বাঁচিয়া যায়। তিনটি অব-সাদজন্য মারা পড়ে।

ষষ্ঠ পরিচ্ছেদ।

—০(০০)০—

সিজারিয়ান সেকৃশন্—পোরোর্ শস্ত্রক্রিয়া।

সিম্‌ফিসিয়টমী।

সিজারিয়ান্ সেক-শনের ইতিবৃত্ত।

ধাত্রীবিদ্যায় যেসকল বিষয় অলোচিত হয় তন্মধ্যে সিজারিয়ান্ সেকৃশন্ অর্থাৎ প্রসূতির উদর বিদারণ করিয়া ভ্রূণ বাহির করা সম্বন্ধে যত বাদানুবাদ হইয়াছে সেরূপ অন্য কোন বিষয়ে হয় নাই। তথাপি কোন্ কোন্ স্থলে এবং কি অবস্থায় এই প্রক্রিয়া অনুষ্ঠান করা কর্ত্তব্য তাহা আজিও নিশ্চয় করা হয় নাই। কোন্ সময়ে সিজারিয়ান্ সেকৃশন্ প্রথম অনুষ্ঠিত হয় তাহা স্থির করা যায় না। অপ্রসূত অবস্থায় প্রসূতির মৃত্যু হইলে গ্রীসদেশে ইহা অনুষ্ঠিত হইত। প্লিনী বলেন যে সিপিও আফ্রিকেনাস্ ও ম্যান্লিয়াস এই প্রকারে ভূমিষ্ঠ হইয়াছিলেন। প্রসূতির কুক্ষিবিদারণ করিয়া যে সকল সন্তানকে ভূমিষ্ঠ করা হইত তাহাদের নাম সিজার্ রাখা হইত। এইরূপে সিজার্ শব্দটি গোত্রপদবী হইয়াছে। এই সকল সন্তান এপোলো দেবীকে উৎসর্গ করা হইত। এই জন্য সিজার্ বংশীয় সম্রাট্‌গণ এপোলোদেবীকে বিশেষ শ্রদ্ধা ও ভক্তি করিতেন এবং তাঁহার নৈবেদ্য বস্তু সকল সযত্নে রক্ষা করিতেন। কথিত আছে যে যেসকল জগদ্বিখ্যাত সম্ভ্রান্ত ব্যক্তি উক্তরূপে জন্ম গ্রহণ করিয়াছেন তন্মধ্যে ঈস্কুলেপিয়াস্, জুলিয়াস্ সিজার্ এবং ইংলণ্ডের রাজা ষষ্ঠ এড্ওয়ার্ড প্রধান। সিজার্ ও এড্ওয়ার্ড সম্বন্ধে কিম্বদন্তী যে অমূলক তাহার অনেক প্রমাণ আছে। পূর্ণ গর্ভাবস্থায় অথবা তাহার কিছু পূর্ব্বে গর্ভিণীর মৃত্যু হইলে প্রাচীনকালে সিজা-

গর্ভিণী অপ্রসূত অবস্থায় মারা পড়িলে আইন অনুসারে সিজারিয়ান্ সেক্শন্ কর্ত্তব্য হইত।

রিয়ান্ সেক্শন সচবাচর অনুষ্ঠিত হইত। এমন কি অনুষ্ঠান না কবিলে রাজাজ্ঞানুসারে দণ্ডনীয় হইত। রোমীয় সম্রাট্ নিউমা এই বিধি প্রচার করেন যে অপ্রসূত অবস্থায় কোন গর্ভিণীর মৃত্যু হইলে তাহার উদর বিদারণ করিয়া ভ্রূণ বাহির না করিলে কখনই তাহাকে প্রোথিত করা হইবে না। ইতালীতেও এইরূপ বিধি প্রচলিত আছে এবং রোমীয় চার্চ ধর্ম্মসম্প্রদায়ও ইহার অনুমোদন করেন। আঠারশত খৃঃ অব্দের মধ্যকালে এই বিধি অনুসারে কার্য্য না করায় সিসিলীব রাজা জনৈক চিকিৎসকের প্রাণদণ্ড করিয়াছিলেন। খৃঃ ১৪৯১ অঃ একটি জীবিতা গর্ভিণীর সিজারিয়ান্ সেক্শন্ করা হয় বলিয়া প্রথমবার শুনা যায়। তাহার পর ১৫০০ খৃঃ অঃ নিউফার্ আর একটি স্ত্রীলোকের এই শস্ত্র ক্রিয়া করেন। ১৫৮১ খৃঃ অব্দে রুসে এই সম্বন্ধে একটি প্রবন্ধ প্রকাশিত করেন। উহাতে অনেকগুলি ঘটনার উল্লেখ আছে এবং তিনি সকলগুলিতেই কৃতকার্য্য হইয়াছিলেন। ঐ সময়ের বিলাতী পুস্তকাদিতে ইহার কোন উল্লেখ দেখা যায় না, কিন্তু ইউরোপের অন্যান্য প্রদেশে তখন ইহা এত অধিক প্রচলিত ছিল যে ইহাদ্বারা অনেক সময়ে বিপদ ঘটিয়াছে। মহামতি সেক্সপীয়ার্ তাঁহার "ম্যাক্‌বেথ্" নামা মহানাটকে এই প্রক্রিয়ার উল্লেখ কবিয়াছেন সুতরাং তাঁহার সময়ে উহা বিলাতে প্রচলিত ছিল বলিয়া বোধ হয়। সেই সময়ে কেবল দুই জন পণ্ডিত প্যারী এবং গুলিমো ইহাব বিরোধী ছিলেন, তদ্ভিন্ন প্রায় সকলে ইহার অনুমোদন করিতেন।

বিলাতে অত্যন্ত অনুপযোগী স্থলে সিজারিয়ান্ সেক্শন্ অনুষ্ঠিত হইত।

বিলাতে যে অবস্থায় সিজারিয়ান্ সেক্শন্ করা হইত তাহাতে আরোগ্য হইবার ভরসা কিছুমাত্র থাকিত না। সিজারিয়ান্ সেক্শন্ অবশ্য মারাত্মক বলিযা বিলাতী চিকিৎসকগণের বিশ্বাস ছিল। সুতরাং প্রসূতি নিতান্ত অবসন্ন নাহইলে ঐ প্রক্রিয়া অনুষ্ঠিত হইত না। চিকিৎসা বিষয়ক বিলাতী মাসিকপত্র প্রভৃতি দেখিয়া জানা যায় যে প্রসববেদনা আরম্ভ হইবার ২।৩ এমন কি ৬ দিন পরে প্রসূতি মুমূর্ষ অবস্থাপন্না হইলে সিজারিয়ান্ সেক্শন্ অনুষ্ঠিত হইত। অনেক স্থলে এই প্রক্রিয়া যত্ন ও সাবধানের সহিত

এই প্রক্রিয়া যত্ন ও সাবধানের সহিত অনুষ্ঠিত হইত না।

অনুষ্ঠিত হইত না। অধিকাংশ স্থলে প্রথমে ক্রেনিয়টমী দ্বারা প্রসব করাইবার বৃথা চেষ্টা করিয়া প্রসবপথ আহত হইলে সিজ়ারিয়ান সেক্‌শন্ করা হইয়াছে। যেরূপ সতর্কতার সহিত ঔদরিক শস্ত্রক্রিয়া করিতে হয় সিজ়ারিয়ান্ সেক্‌শন্ করিবার সময় সেরূপ সতর্কতার সহিত কার্য্য করা হইত না। পেরীটোনিয়াম্-গহ্বরে যাহাতে রক্ত কিম্বা অন্য কোন রস প্রবেশ করিতে না পায় অথবা প্রবেশ করিলে যাহাতে পরিষ্কার হয় এসকল কিছুই করা হইত না। অতএব এই প্রকার অসাবধানে ও অযত্নে কার্য্য করিলে যে মৃত্যুসংখ্যা অধিক হইবে তাহা আশ্চর্য নহে; বরং জীবিত থাকাই আশ্চর্য্য।

মৃত্যুসংখ্যা অধিক হওয়া আশ্চর্য্য নহে।

ওভ্যারিয়টমী শস্ত্রক্রিয়ায় যেরূপ সাবধান ও সতর্কতার সহিত কার্য্য করিয়া মৃত্যুসংখ্যা কম করা যায় সেইরূপ সাবধান ও সতর্কতার সহিত কার্য্য করিলে সিজ়ারিয়ান্ সেক্‌শনের মৃত্যুসংখ্যা কম করিবার আশা থাকে। যাহা হউক একপ স্থলে সিজ়ারিয়ান্ সেক্‌শন্ একমাত্র শেষ ভরসা। বিলাতে অনেকে বলেন যে অনন্যোপায় না হইলে কখনই সিজ়ারিয়ান্ সেক্‌শন্ করা উচিত নহে। যখন দেখা যায় যে কোনক্রমেই স্বাভাবিক পথ দিয়া সন্তান বাহির করা যায় না তখন অগত্যা সিজ়ারিয়ান্ সেক্‌শন্ অবলম্বন করিতে হয়।

মৃত্যু সংখ্যার তালিকা বিশ্বাসযোগ্য নহে।

মৃত্যুসংখ্যার যেসকল তালিকা প্রস্তুত করা হইয়াছে তাহার কোনটিতে ঐক্য নাই। সুতরাং তাহার কোনটির উপর সম্পূর্ণ বিশ্বাস করা যায় না। বিলাতে ১৮৬৮ খৃঃ অঃ পর্য্যন্ত যত গুলি সিজ়ারিয়ান্ সেক্‌শন্ করা হইয়াছে র‍্যাড্‌ফোর্ড্ সাহেব তাঁহার তালিকা সংগ্রহ করেন, পরে হারিস্ সাহেব ১৮৭৯ খৃঃ অঃ পর্য্যন্ত তাহা সম্পূর্ণ করেন। এই দুইটি তালিকায় ১১৮টি ঘটনার উল্লেখ আছে, তন্মধ্যে ২২টি অর্থাৎ শতকরা ১৮ জনের অধিক বাঁচে। মাইকেলিস্ ও কেসার্ বলেন যে ২৫৮:৩৩৮ ঘটনার মধ্যে শতকরা ৫৪।৬৪ জন মারা পড়ে। কিন্তু এই সকল ঘটনায় সকল অবস্থার রোগী এমন কি মুমূর্ষু রোগীরও সিজ়ারিয়ান্ সেক্‌শন্ করা হইয়াছে। গর্ভিণীর অবস্থা যখন ভাল থাকে তখন বিলম্ব না করিয়া সাবধানে যথানিয়মে সিজ়ারিয়ান্ সেক্‌শন্ করিলে কিরূপ ফল হয় যুক্ত-

দিন জানা না যাইবে ততদিন এই প্রক্রিয়ার ভাবীফল কিরূপ তাহা বলা যায় না।

সিজারিয়ান্ সেক্শন্ অনুষ্ঠান করিলে যে নিশ্চয়ই মৃত্যু হইবে তাহা বলা যায় না কেননা ইউরোপের অন্যান্য প্রদেশে ইহা অতি-সাবধানে ও যথাসময়ে প্রায়ই অনুষ্ঠিত হয়। একস্থলে একই গর্ভিণীর ভিন্ন ভিন্ন গর্ভকালে অনুষ্ঠিত হইয়া সর্ব্বশুদ্ধ ২।৩ এমন কি ৪ বার পর্য্যন্ত সিজারিয়ান্ সেক্শন্ করা হয়। কেসার্ সাহেব বলেন যে প্রথমবার অনুষ্ঠান করিলে সিজারিয়ান্ সেক্শনে যত বিপদ ঘটা সম্ভব দ্বিতীয়বারে তত হয় না। কারণ প্রথমবার শস্ত্র-ক্রিয়ার পর প্রদাহ জন্মিয়া পেরিটোনিয়াম্-গহ্বর জরায়ুর ক্ষত হইতে পৃথক্ থাকে। তিনি আরও বলেন যে দ্বিতীয়বার শস্ত্রক্রিয়ায় মৃত্যুসংখ্যা শতকরা ২৯ জনের অধিক হয় না।

কখন কখন একই গর্ভিণীর তিন চারিবার সিজারিয়ান্ সেক্শন্ করা হইয়াছে।

গ্রেটব্রিটেন্ অপেক্ষা আমেরিকায় সিজারিয়ান্ সেক্-শনের শুভ ফল অধিক হয়। ফিল্যাডেল্ফিয়া নগরের ডাং হ্যারিস্ সাহেব বহুযত্নে ইউনাইটেড্‌ষ্টেট্‌স্ নগর হইতে ১১২টি ঘটনা সংগ্রহ করিয়াছেন। তন্মধ্যে ৪৮টি প্রসূতি অর্থাৎ শত করা ৪২$\frac{6}{7}$ প্রসূতি বাঁচে। ডাং হ্যারিস এই শুভ ফলের কারণ এইরূপ বলেন—উক্ত ১১২ জন গর্ভিণীর মধ্যে অদ্ধেকের রিকেট্স রোগ ছিল। কাহারও মলী-শীজ্ অসিয়াম্ রোগ অর্থাৎ অস্থিকোমলতা ছিল না। আমেরিকাবাসীরা বিয়ার্ ও জিন্ মদ্য সমধিক পান করে বলিয়া তাহাদের রিকেট্স্ রোগ অধিক হয়। হ্যারিস্ সাহেব আরও বলেন যে সিজারিয়ান্ সেক্শন্ সময়মত অনু-ষ্ঠান করিলে মৃত্যুসংখ্যা অনেক কম হয়। সময় মত অনুষ্ঠান করায় ২৭ জনের মধ্যে ২০ জন অর্থাৎ শতকরা ৭৪ $\frac{2}{7}$ জন বাঁচে।

আমেরিকায় সিজা-রিয়ান্ সেক্শন্।

সন্তানের মৃত্যুসংখ্যাও তালিকা দেখিয়া স্থির করা যায় না। কারণ অধি-কাংশ স্থলে মৃত সন্তান বাহির করা হইয়াছে সুতরাং এস্থলে সন্তানের মৃত্যু শস্ত্রক্রিয়াজন্য হইয়াছে বলা যায় না। বস্তুতঃ বলিতে গেলে এই শস্ত্রক্রিয়ার সহিত সন্তানের জীবনের কোন সংস্রব নাই। সন্তান জীবিত থাকিলে যদি ইহা আরম্ভ করা যায় তাহা হইলে উহাকে জীবিত অব-স্থায় ভূমিষ্ঠ করাইবার অনেক আশা থাকে। র্যাড্‌ফোর্ড্ সাহেব বলেন "নিস্-

সন্তানের পরিণাম।

মত অনুষ্ঠিত হইলে সিজারিয়ান্ সেক্শনে স্বাভাবিক প্রসবের ন্যায় বিপদাশঙ্কা অতি সামান্য।"

যেসকল স্থলে বস্তিগহ্বর ও সন্তান উভয়ের আয়তনের এত অধিক অসামঞ্জস্য থাকে যে ভ্রূণকে খণ্ড খণ্ড করিলেও বাহির করা অসাধ্য সেই সকল স্থলে সিজারিয়ান সেক্শন আবশ্যক হয়। অনেকস্থলে রিকেট্‌স্ কিম্বা মলিশীজ্ অসিয়াম্ রোগজনিত বস্তিগহ্বরের গঠনবিকৃতি থাকিলে ঐরূপ অসামঞ্জস্য ঘটে। সুস্থ ও সবল থাকিয়া দুই একটি সন্তান জীবিত প্রসব করিবার পর কোন কোন স্ত্রীলোকের মলিশীজ্ অসিয়াম্ রোগ হইতে দেখা যায়। রিকেটস্ অপেক্ষা অষ্টিওম্যালেসিয়া রোগে বস্তিগহ্বরের গঠনবিকৃতি অতি ভয়ানক হয়। বিলাতে র‍্যাড্‌ফোর্ড সাহেব ৭৭টি ঘটনা সংগ্রহ করিয়া তন্মধ্যে ৪৩ জনের বস্তিগহ্বরের অষ্টিওম্যালেসিয়াজনিত গঠনবিকৃতি এবং কেবল ১৪ জনের রিকেটসজনিত গঠনবিকৃতি দেখিয়াছেন। কখন কখন বস্তিগহ্বরের আয়তন স্বাভাবিক থাকিলেও অণ্ডাধার বা জরায়ুতে অথবা বস্তিগহ্বরের প্রাচীরে অর্ব্বুদ উৎপন্ন হইয়া উহাকে সঙ্কীর্ণ করিয়া দেয়। প্রসূতির কোমলাংশের পীড়া যথা গ্রীবাতে দুষ্টার্ব্বুদ প্রভৃতি উৎপন্ন হইয়া বস্তিগহ্বর সঙ্কীর্ণ করে। ডাং নিউম্যান্ একস্থলে জরায়ুগ্রীবায় দুষ্টার্ব্বুদ হইয়াছে অনুমান করিয়া যখন কোনমতে প্রসব করাইতে পারিলেন না তখন অগত্যা সিজারিয়ান সেক্শন্ করিতে বাধ্য হন। এই রোগী সম্পূর্ণ আরোগ্য লাভ করে এবং পরে স্বাভাবিক উপায়ে প্রসব করে। তাহাতেই বোধ হয় যে তাহার দুষ্টার্ব্বুদ হয় নাই। সম্ভবতঃ গ্রীবার উপাদানে প্রদাহজনিত রস নিঃসৃত হইয়া পুনর্ব্বার আচোষিত হইয়াছিল। ১৮৫৭ খৃঃ অব্দে কলিকাতায় একবার সিজারিয়ান সেক্শন্ অনুষ্ঠিত হয়। সেই সময়ে ডাং প্লেফেয়ার্ সাহেব এখানে উপস্থিত ছিলেন। রোগীর বস্তিগহ্বরের কৌষিক উপাদানের প্রদাহজন্যই হউক অথবা হিম্যাটোসীল্ বা রক্তার্ব্বুদ জন্যই হউক তাহার বস্তিগহ্বরের সর্ব্বত্র সমানভাবে প্রদাহজনিত রস পূর্ণ ছিল। এই কারণেই সিজারিয়ান্ সেক্সন করা নিতান্ত আবশ্যক হয়।

যে যে কারণে সিজারিয়ান্ সেক্শন্ আবশ্যক।

ইহার মধ্যে বস্তিগহ্বরের গঠনবিকৃতি সাধারণ কারণ।

অর্ব্বুদ অথবা প্রসূতির কোমলাংশপীড়া জন্য বস্তিগহ্বরের সঙ্কীর্ণতা।

বিভিন্ন ধাত্রীবিদ্যাবিৎ পণ্ডিত প্রতিবন্ধকের সীমা বিভিন্নরূপে নির্দ্দেশ করিয়াছেন। বিলাতের অধিকাংশ পণ্ডিতের মত এই যে বস্তিগহ্বরের ক্ষুদ্রতম মাপ ১¾ ইঞ্চ্ অপেক্ষা বড় হইলে সিজারিয়ান্ সেক্শন্ করিবার আবশ্যক নাই। এই বিষয়টি ক্রেনিয়টমী অধ্যায়ে সবিশেষ বলা গিয়াছে। বস্তিগহ্বরের সম্মুখ-পশ্চাৎ মাপ ১¾ ইঞ্চ্ হইলেও যদি আড়াআড়ি মাপ ৩ ইঞ্চ্ হয় তবে ভ্রূণের অঙ্গপ্রত্যঙ্গ ছেদ করিয়া প্রসব করান যাইতে পারে। বস্তিগহ্বরের সম্মুখ-পাশ্চাৎ মাপ ১¾ ইঞ্চ্ অপেক্ষা বড় হইলেও যদি যন্ত্র ব্যবহারের স্থান না থাকে তবে সিজারিয়ান্ সেকশন কবিতে বাধ্য হইতে হয়। মলিশীজ্ অসিয়াম্ রোগজন্য বস্তিগহ্বরের গঠনবিকৃতি হইলে পার্শ্বদেশ ও নির্গমদ্বার কেবল সঙ্কীর্ণ হয়; সম্মুখপশ্চাৎ মাপ সঙ্কীর্ণ না হইযা বরং সময়ে সময়ে বৃদ্ধি পায়। ইংলণ্ড ভিন্ন ইউরোপের অন্যান্য প্রদেশে অন্য শস্ত্রক্রিয়া অপেক্ষা সিজারিয়ান সেক্শন্ অধিক অনুষ্ঠিত হয়। বস্তিগহ্বরের ক্ষুদ্রতম মাপ ২।২½ ইঞ্চ্ হইলেও ইহা অনুষ্ঠিত হয়। কেহ কেহ এতদূর বলেন যে সন্তান জীবিত থাকিলে সম্মুখপশ্চাৎ মাপ ৩ ইঞ্চ্ হইলেও ইহা অবলম্বন করা উচিত। বিলাতে সন্তানেব জীবন অপেক্ষা প্রসূতির জীবন অধিক মূল্যবান্ বলিয়া বিবেচিত হয়। তজ্জন্য তথায় সন্তান জীবিত থাকিলে এক নিয়ম এবং মৃত হইলে অন্য নিয়ম এরূপ বিচার করা হয় না। প্রসূতি অনেক সময়ে আত্মজীবন তুচ্ছ করিয়া সন্তানকে রক্ষা করিতে পরামর্শ দেন বলিয়া যে সিজারিয়ান্ সেক্শন্ অনুষ্ঠান করা কর্ত্তব্য এমত নহে। যদিও ব্রোডার্ সাহেব এরূপ স্থলে উক্ত শস্ত্রক্রিয়া কর্ত্তব্য বলেন তথাপি বিলাতী পণ্ডিতগণ ইহা অনুমোদন করেন না। বস্তিগহ্বরের গঠনবিকৃতি অত্যন্ত অধিক হইলে ক্রেনিয়টমী করায় বিপদাশঙ্কা অধিক হয় বটে, তথাপি সুসাধ্য হইলে ইহা অনুষ্ঠান করা অবশ্য কর্ত্তব্য। অনন্যোপায় হইলে কাজে কাজেই সিজারিয়ান্ সেক্শন্ করিতে বাধ্য হইতে হয়। প্রসূতি প্রতিবারেই জীবিত সন্তান প্রসব করিতে না পারিলে

প্রতিবন্ধক কতদূরপর্য্যন্ত হইলে সিজারিয়ান্ সেকশন্ আবশ্যক।

বস্তিগহ্বরের গঠন-বিকৃতি সামান্য হইলেও সিজারিযান্ সেক্শন্ অনুষ্ঠিত হয়।

অন্য শস্ত্রক্রিয়া সুবিধা হইলে সিজারিয়ান্ সেক্শন্ করা যুক্তিসিদ্ধ নহে।

সুসাধ্য হইলে ক্রেনিয়টমী করা নিতান্ত কর্ত্তব্য।

প্রতিবার সন্তানের প্রাণনাশ করিয়া প্রসব করান কর্ত্তব্য কি না তাহা আর বলিবার আবশ্যক নাই। প্রতিবার ক্রেনিয়টমী দ্বারা একই প্রসূতিকে প্রসব করান উচিত কি না ডাং ডেন্ম্যান্ প্রথমে আলোচনা করেন। আধুনিক লেখকগণের মধ্যে র‍্যাড্‌ফোর্ড সাহেব বলেন যে সুসাধ্য হইলেও ক্রেনিয়টমী করা যুক্তিসঙ্গত নহে তবে এই প্রথাটি প্রচলিত হইয়াছে বলিয়া অনেকে ইহার অনুমোদন করেন। সন্তানকে রক্ষা করিবার জন্য ইহা অপেক্ষা সিজ়ারিয়ান্ সেক্‌শন্ ভাল। যাহাহউক এই সকল কারণে সিজ়ারিয়ান্ সেক্‌শন্ দুঃসাহসিক কর্ম্ম। হারিস্ সাহেব বলেন যে অধ্যাপক চার্লস্ ডি মীগ্‌স্ সাহেব ফিল্যাডেল্‌ফিয়াবাসিনী বিবি রেবোল্‌ড্‌কে দুইবার ক্রেনিয়টমীদ্বারা প্রসব করাইয়া তৃতীয়বার আর ভ্রূণহত্যা করিতে স্বীকৃত হন না। তখন অধ্যাপক উইলিয়াম্ গিব্‌সন্ তাহাকে সিজ়ারিয়ান সেক্‌শন্ দ্বারা প্রসব করান। ইহা ১৮৩৫ খৃঃ অঃ ঘটে। আবার ১৮৩৭ খৃঃ অব্দে পুনর্ব্বার সিজ়ারিয়ান্ সেক্‌শন করা হয়। এই রমণীর বয়ক্রমঃ এখন ৭০ বৎসর। তাহার এক কন্যা ও এক পুত্র এবং তাহাদের ছয় সন্তান আজিও জীবিত আছে। যাহাহউক আজকাল অকালপ্রসব কিম্বা গর্ভস্রাব করাইয়া আমরা এই দুঃসহ শস্ত্রক্রিয়া হইতে বিরত থাকিতে পারি।

মৃত্যুর পর সিজারিয়ান সেকশন্।

গর্ভকালে অথবা প্রসববেদনা উপস্থিত হইলে যদি গর্ভিণীর মৃত্যু হয় তবে সিজারিয়ান্ সেক্‌শন্ করা আবশ্যক হইতে পারে। গর্ভের শেষ অবস্থায় গর্ভিণীর মৃত্যু হইলে প্রাচীনকালে প্রায়ই সিজ়ারিয়ান্ সেক্‌শন্ করা হইত। এই অবস্থায় সত্বর ভ্রূণকে বাহির করিতে পারিলে তাহাব জীবন রক্ষা করিতে পারা যায় তাহাতে সন্দেহ নাই; তবে এই প্রথা অবলম্বনে ভ্রূণের জীবন রক্ষা যত অধিক হয় বিশ্বাস আছে তত অধিক হয় না। শোয়ার্ট্‌জ্ সাহেব প্রমাণ করিয়াছেন যে ১০৭টি স্থলে মৃত্যুর পর সিজ়ারিয়ান্ সেক্‌শন্ করাতে একটি ভ্রূণও জীবিত ভূমিষ্ঠ হয় নাই। ড্যুয়ার্ সাহেব তাঁহার প্রবন্ধে ৫৫টি ঘটনা প্রকটিত করিয়াছেন। তন্মধ্যে ৪০টি সন্তান জীবিত ভূমিষ্ঠ হইয়াছে। এই চল্লিশটি স্থলে গর্ভিণীর মৃত্যুর কতক্ষণ পরে শস্ত্রক্রিয়া করা হয় তাহার তালিকা নিম্নে দেওয়া যাইতেছে। " ১:৫ মিনিট মধ্যে ২১ টিতে, ১০:১৫ মিনিট ১৩ টিতে, ১৫:২৩ মিনিট

মধ্যে ২ টিতে, ১ঘণ্টার মধ্যে ২ টিতে এবং ২ ঘণ্টার পর ২ টিতে শস্ত্রক্রিয়া করা হয়।" এক ঘণ্টার পর যেসকল সন্তান বাহির করা হইয়াছিল তাহার কোনটিই অধিক দিন বাঁচে নাই।

মৃত্যুর পর শস্ত্রক্রিয়া করিলে কেন কৃতকার্য্য হওয়া যায় না।

মৃত্যুর পর যথাসময়ে শস্ত্রক্রিয়া করিতে না পারিলে কৃতকার্য্য হওয়া যায় না। শস্ত্রক্রিয়া করিতে বিলম্ব হইবার কারণ এই যে প্রথমতঃ মৃত্যুকালে চিকিৎসকের সাহায্য পাইতে বিলম্ব হয়। দ্বিতীয়তঃ চিকিৎসক উপস্থিত থাকিলেও মৃত্যু হইয়াছে কি না নির্ণয় করিতে যে সময় আবশ্যক হয় সেই সময়ের মধ্যে ভ্রূণ মরিয়া যায়। প্রসূতির সহিত সন্তানের যেরূপ ঘনিষ্ঠ সম্বন্ধ তাহাতে প্রসূতির মৃত্যুর ১৫৷৩০ মিনিট্ মধ্যে যে সন্তানের মৃত্যু হইবে ইহা বিচিত্র নহে। প্রসূতির মৃত্যুর ১০৷১২ এবং এমন কি ৪০ ঘণ্টার পর সন্তান জীবিত বাহির করিবার কথা যাহা শুনা যায় বোধ হয় তথায় প্রসূতির মৃত্যু না হইয়া দীর্ঘস্থায়ী মূর্চ্ছা হইয়াছিল এবং সেই মূর্চ্ছিতা অবস্থাতে সন্তান বাহির করা হইয়াছিল। প্রসূতির প্রকৃত মৃত্যু হইবার অনেকক্ষণ পরেও সন্তান জীবিত বাহির করিবার বিষয় কোন কোন বিশ্বস্তসূত্রে শুনা যায়; সুতরাং ইহা অবিশ্বাস করা যায় না।

সুবিধা পাইলেই সিজারিয়ান্ সেক্শন্ করা কর্ত্তব্য।

যখন দেখা যাইতেছে যে সিজারিয়ান্ সেক্শন্ দ্বারা সন্তানের প্রাণ রক্ষা করিবার আশা থাকে তখন সে আশা সামান্য হইলেও ইহা অবশ্য অনুষ্ঠান করা কর্ত্তব্য এমন কি প্রসূতির মৃত্যুর অনেক বিলম্বে শস্ত্রক্রিয়া করিতে গেলে যদিও সন্তানের জীবিতাশা সামান্য থাকে তথাপি একবার চেষ্টা করা আবশ্যক। শস্ত্রক্রিয়া কবিবার পূর্ব্বে প্রসূতির মৃত্যু হইয়াছে কি না নির্ণয় করা যে নিতান্ত উচিত তাহা বলা বাহুল্য। অনেক স্থলে এমন দুর্ঘটনা ঘটিতে দেখা গিয়াছে যে প্রসূতির মৃত্যু নিশ্চিত করিয়া যেমন শস্ত্র প্রয়োগ করা হইয়াছে তখনই প্রসূতির জীবিতলক্ষণ পাওয়া গিয়াছে। অতএব প্রসূতি জীবিত থাকিলে যেরূপ সতর্ক ও সাবধান হইয়া কার্য্য করিতে হয় মৃত্যু হইলেও সেইরূপ কার্য্য করা উচিত। প্রসববেদনা কালে গর্ভিণীর মৃত্যু হইলে কেহ কেহ বিবর্ত্তন দ্বারা প্রসব করান ভাল

গর্ভিণীর মৃত্যুর পর বিবর্ত্তন দ্বারা প্রসব

করান।

বলেন। প্রসবদ্বার যদি এরূপ উন্মুক্ত থাকে যে সত্বর প্রসব করান যায়, তাহা হইলে বিবর্ত্তন দ্বারা প্রসব করান ভাল, নচেৎ প্রসব-দ্বার বলপূর্ব্বক উন্মুক্ত করিয়া সন্তান টানিয়া বাহির করিলে নিশ্চয়ই সন্তানের মৃত্যু হয়। বিবর্ত্তনের এক সুবিধা এই যে ইহা দেখিতে ভয়ানক নহে। অতএব মৃতা গর্ভিণীর পরিজন বর্গ যদি সিজারিয়ান্ সেকৃশন্ করিতে না দিয়া বিবর্ত্তন করিতে অনুরোধ করে তবে বিবর্ত্তনদ্বারা সন্তান রক্ষা করিবার কোন আপত্তি দেখা যায় না।

সিজারিয়ান্ সেকৃশন্ করিলে কি কি কারণে মৃত্যু হইতে পারে।

সিজারিয়ান্ সেকৃশনের পর যে যে কারণে মৃত্যু হওয়া সম্ভব তাহা চারি শ্রেণীতে বিভক্ত করা যায়। (১) রক্তস্রাব, পরিবেষ্ট প্রদাহ ও জরায়ু প্রদাহ (২) শক্ বা স্নায়ুমণ্ডলে ধাক্কা, (৩) সেপ্টিসিমিয়া (পূতিজ্বর) (৪) অধিক বিলম্ব জন্য অবসাদ। এই সকল উপসর্গ ওভ্যারিয়টমী শস্ত্রক্রিয়াতেও উপস্থিত হয়. ওভ্যারিয়টমী এবং সিজারিয়ান্ সেকশন্ এই উভয় শস্ত্রক্রিয়া একই পদ্ধতিতে অনুষ্ঠিত হয়। এই উভয়ের ভবিষ্যৎ চিকিৎসাও একপ্রকার; সুতরাং একের নিয়ম অন্যেতেও বর্ত্তে।

রক্তস্রাব প্রায়ই হয় কিন্তু মারাত্মক হয় না।

অনেক সময়ে রক্তস্রাব অতি ভয়ানক হয় কিন্তু প্রায় মারাত্মক হয় না। ৮৮টি ঘটনা মধ্যে কেবল ১৪ টিতে ভয়ানক রক্তস্রাব হয়। ইহার মধ্যে ৬টি আরোগ্য হয় কেবল ৪ চারিটির রক্তস্রাব জন্য মৃত্যু হয়। এই কয়টি ঘটনা মধ্যে ১টির রক্তস্রাব কোথা হইতে হইয়াছিল তাহা উল্লেখ করা হয় নাই। আর একটির উদরের ক্ষত হইতে রক্তস্রাব হয় এবং অবশিষ্ট দুইটির জরায়ুর যেস্থানে পরিস্রবযুক্ত ছিল তথায় কাটা হইয়াছিল বলিয়া রক্তস্রাব হয়। এই শেষ দুইটি গর্ভিণীর রক্তস্রাব জন্য তৎক্ষণাৎ মৃত্যু হয় নাই। কারণ জরায়ুসঙ্কোচ দ্বারা রক্তস্রাব বন্ধ হইয়া যায়, কয়েক ঘণ্টার পর পুনরায় রক্তস্রাব হইয়া তাহাদের মৃত্যু হইয়াছিল। জরায়ুস্থ বড় বড় শিরাখাত ও পরিস্রবের ছিন্ন নাড়ীমুখ হইতে সচরাচর রক্ত-স্রাব হইয়া থাকে।

এই বিপদ নিবারণ-

রক্তস্রাব কম করিবার উপায় আছে বটে, কিন্তু তথাপি ইহা যে বিপদজনক তাহাতে সন্দেহ নাই। উদরে অস্ত্রপাত করিবার সময়

শস্ত্রোপচার। লিনিয়া এল্‌বা অর্থাৎ শ্বেতরেখার গতি অনুসারে করিলে এপিগ্যাষ্ট্রিক্ ধমনীতে আঘাত লাগিবার আশঙ্কা থাকে না। কাটিবার সময় ছিন্ন নাড়ীগুলি বন্ধন করিয়া ক্রমশঃ অগ্রসর হইলে রক্তস্রাব অধিক হইতে পারে না। জরায়ুতে অস্ত্রপাত করিলে অধিক রক্তস্রাব হয় বিশেষতঃ পরিস্রবের সংযোগস্থলে অথবা তাহার নিকটে অস্ত্রপাত করিলে বড় বড় নাড়ী কাটিয়া রক্তস্রাব অধিক হয়। অনেকে বলেন যে যাহাতে প্লাসেণ্টার সংযোগ স্থলে অস্ত্রপাত না হয় তজ্জন্য আকর্ণনদ্বারা উহার অবস্থান নির্ণয় করা কর্ত্তব্য। কিন্তু প্লাসেণ্টার শব্দ আকর্ণনদ্বারা উহার অবস্থান নির্ণীত হইলেও যদি জরায়ুর সম্মুখপ্রাচীরে পরিস্রব যুক্ত থাকে তাহা হইলে তন্নিকটে না কাটিলেও উপায়ান্তর নাই। প্লাসেণ্টার সংযোগস্থলের উপর কাটিলে বরং এই সুবিধা হয় যে সত্বর প্লাসেণ্টা বিযুক্ত করিয়া ভ্রূণ বাহির করিলে রক্তস্রাব বন্ধ করিবার আশা থাকে। জরায়ুমধ্য হইতে সন্তান বাহির করিবামাত্র কিছু অধিক রক্তস্রাব হয় বটে, কিন্তু কিয়ৎকাল মধ্যেই স্বাভাবিক প্রসবের ন্যায় জরায়ুসঙ্কোচদ্বারা রক্তস্রাব বন্ধ হয়। জরায়ু সঙ্কোচ উপস্থিত না হইলে মুষ্টিমধ্যে জরায়ু দৃঢ়রূপে ধারণ করিয়া উত্তেজনা করিতে হয়। উইঙ্ক্‌ল্ সাহেব এই প্রথার অনুমোদন করেন। তিনি এই শস্ত্রক্রিয়ায় বহুদর্শী হইয়াছেন। তিনি বলেন যে উক্ত প্রকার চাপ দিয়া যতক্ষণ পর্য্যন্ত জরায়ু দৃঢ় সঙ্কুচিত না হয় ততক্ষণ ক্ষতমুখ সেলাই না করিলে রক্তস্রাবজন্য কোন কষ্টই পাইতে হয় না। ইহাতেও রক্তস্রাব বন্ধ না হইলে হিক্‌স সাহেবের মতে পার্ক্লোরাইড্ অফ্ আয়রণ্ জল মিশ্রিত করিয়া জরায়ু গহ্বর ধৌত করা কর্ত্তব্য।

পরিবেষ্ট ও জরায়ু প্রদাহ জন্য সচরাচর মৃত্যু হয়। পেরিটোনীয়াম্ এবং জরায়ুর প্রদাহ জন্য সচরাচর মৃত্যু হইতে দেখা যায়। কেসর্ সাহেব বলেন যে ১২৩টি মৃত্যু ঘটনার মধ্যে ৭৭টির এই কারণ হইতে মৃত্যু হয়। পেরিটোনীয়াম্ কাটা হয় বলিয়া যে তাহাতে প্রদাহ এত অধিক হয় তাহা নহে, কারণ ওভ্যারিয়টমী করিতে গেলেও পরিবেষ্ট কাটিতে হয় বরং তখন বিপদাশঙ্কা অধিক থাকে, কিন্তু ওভ্যারিয়টমী করিলে পেরিটোনীয়াম্ প্রদাহ প্রভৃতি তত অধিক হয় না।

জরায়ু কাটা হয় বলিয়া পরিবেষ্ট প্রভৃতির প্রদাহ উৎপত্তি হইতে পারে।

জরায়ুর পেশীসূত্রের মেদাপকৃষ্টতা হইলে ক্ষত শুষ্ক হইবার সুবিধা হয় না।

ডাং ওয়েষ্ট্ বলেন যে প্রসবের পর জরায়ুর অবস্থা, ক্ষত আরোগ্য করিবার উপযোগী থাকে না। কারণ অগর্ভাবস্থার আকার প্রাপ্ত হইবার জন্য প্রসবের কিছু পূর্ব্ব হইতেই জরায়ুতে মেদাপকৃষ্টতা হয় এইজন্য ক্ষত শুষ্ক হইতে পারে না। মৃত্যুর পর পরীক্ষা করিয়া ডাং ওয়েষ্ট্ স্থির করিয়াছেন যে ক্ষত স্থানের প্রান্ত সীমা শুষ্ক, বিবর্ণ ও উন্মুক্ত থাকে এবং আরোগ্য হইবার চিহ্নও দেখা যায় না।

এইজন্য কেহ কেহ পূর্ণগর্ভের পূর্ব্বে শস্ত্রক্রিয়া করিতে পরামর্শ দেন।

এইজন্য হিক্স প্রভৃতি পণ্ডিতগণ পূর্ণ গর্ভকালের ১০।১৫ দিন পূর্ব্বে শস্ত্রক্রিয়া করিতে পরামর্শ দেন। কিন্তু জরায়ু-সূত্রের মেদাপকৃষ্টতা জন্যই যে ক্ষত শুষ্ক হয় না এবং পূর্ণগর্ভের পূর্ব্বেও প্রসব করাইলে যে জরায়ু সত্বর স্বভাবে প্রত্যাবর্ত্তন করিবে তাহার কোন প্রমাণ নাই। বিশেষ সুবিধা না দেখিয়া এই প্রাণনাশক শস্ত্র-ক্রিয়া উপযুক্ত সময়ের পূর্ব্বে অনুষ্ঠান করা কতদূর ধর্ম্ম-সঙ্গত তাহা বলা যায় না।

এই উপায় অবলম্বনের আপত্তি।

জরায়ু কাটিলে তন্মধ্য হইতে লোকিয়া পেরিটোনীয়াম্ গহ্বরে প্রবেশ করে এবং তথায় পচিয়া গিয়া প্রদাহ উৎপন্ন করে। পরিবেষ্ট প্রদাহের এইটি প্রধান কারণ। পেরিটোনীয়াম্-গহ্বরে যাহাতে লোকিয়া প্রবেশ করিতে না পারে তজ্জন্য জরায়ুমুখ উন্মুক্ত আছে কি না দেখা উচিত; কেন না মুখ উন্মুক্ত থকিলে রস বাহিরে যাইতে পারে। তাহার পর জরায়ুর ক্ষতস্থান সেলাই করিয়া দিলে পেরিটোনীয়াম্-গহ্বরের রস যাইতে পারে না। এইরূপে লাইকর্ এম্নিয়াই ও রক্ত পেরিটোনীয়াম্ গহ্বরে গিয়া পচিতে পারে। ওভ্যারিয়টমী করিবার সময় পরিবেষ্টগহ্বরের প্রতি যেরূপ লক্ষ্য রাখা হয় সিজারিয়ান্ সেক্শন্ করিবার সময় সেরূপ যত্ন করা হয় না বলিয়া বিভ্রাট ঘটে।

পরিবেষ্টগহ্বরে লোকিয়া প্রভৃতি রস নিঃসৃত হওয়া।

প্রসূতির স্বাস্থ্যের অবস্থা ভাল না থাকাই এই সকল প্রদাহের প্রবর্ত্তক কারণ। অণ্ডাধারের পীড়া দীর্ঘস্থায়ী হইলে রোগীর স্বাস্থ্য ভঙ্গ হয় এবং তখন ওভ্যারিয়াটমী করিলে এস্থেনিক্ বা নিস্তেজ প্রদাহ উপস্থিত হয়। সুতরাং অনর্থক বিলম্বজন্য রোগী

প্রসূতির স্বাস্থ্যভঙ্গ বিপদের কারণ।

অবসন্ন হইয়া পড়িলে সিজারিয়ান্ সেক্শন্দ্বারা যে পেরিটোনিয়াম্ কি জরায়ু প্রদাহ হইবে তাহা অনায়াসে বুঝা যায়। অনুপযুক্ত সময়ে শস্ত্রক্রিয়া করায় অনেক স্থলে পরিবেষ্ট কি জরায়ু প্রদাহ ঘটিয়াছে ইহাও যথেষ্ট প্রমাণ।

সেপ্টিসীমিয়া। সিজারিয়ান্ সেক্শন্ করিবার পর সেপ্টিসীমিয়া (পূতি-জ্বর) রোগ হইবার কারণ এত স্পষ্ট যে তাহা উল্লেখ করিবার আবশ্যক নাই। জরায়ু যেস্থলে কাটা হইয়াছে সেই স্থানের ছিন্ন নাড়ীর মুখ দিয়া পচনশীল দ্রব্য আচোষিত হয়।

স্নায়ুমণ্ডলে ধাক্কা। সকল গুরুতর শস্ত্রক্রিয়ার ন্যায় সিজারিয়ান্ সেক্শনেও রোগীর স্নায়ু-মণ্ডলে ভয়ানক অবসাদ উপস্থিত হয়। কেসর্ সাহেব যে ১২৩ টি ঘটনা সংগ্রহ করিয়াছেন তন্মধ্যে ৩০ টির এই কারণে মৃত্যু হয়। অনেক স্থলে শস্ত্রক্রিয়া করিবার পূর্ব্বেই ভয়ানক অবসন্ন হইয়া পড়ে। সুতরাং শস্ত্রক্রিয়া করিতে দোলায়মানচিত্ত হইয়া বিলম্ব করিলে রোগীর অবসাদ উপস্থিত হইয়া অত্যন্ত অনিষ্ট ঘটা সম্ভব। প্রসূতির বলহানি হইবার পূর্ব্বে শস্ত্রক্রিয়া করিলে তাহার জীবিতাশা অধিক থাকে এবং গুরুতর শস্ত্রক্রিয়াজন্য অবসাদে কাতর হইয়া পড়ে না।

গৌণ বিপদ। কোন কোন স্থলে সহসা কোনরূপ উপসর্গ উপস্থিত হইয়া মৃত্যু ঘটিতে দেখা গিয়াছে। কিন্তু গুরুতর শস্ত্রক্রিয়ামাত্রেই এইরূপ উপসর্গে মৃত্যু হওয়া সম্ভব, সুতরাং কেবল সিজারিয়ান্ সেক্শনেই যে এইরূপ হইবে তাহা নহে।

ভ্রূণের বিপদ ঘটিবার একটি বিশেষ কারণ এই যে জরায়ুগহ্বর হইতে ভ্রূণ বাহির করিবার সময় জরায়ুর পৈশিক স্তর সহসা সবলে সঙ্কুচিত হইয়া ভ্রূণের কোন অঙ্গ আবদ্ধ করিতে পারে। ডাং র‍্যাড্ফোর্ড দুইটি ঘটনার উল্লেখ করিয়াছেন তন্মধ্যে একটি ভ্রূণ বাহির করিবার সময় জরায়ুর প্রবল সঙ্কোচ হইয়া ভ্রূণের মস্তক আবদ্ধ হইয়া যায়। ভ্রূণ অনেকক্ষণ পর্য্যন্ত জীবিত থাকে, কিন্তু অধিককাল বিলম্ব হওয়ায় অবশেষে মৃতপ্রায় অবস্থায় তাহাকে বাহির করা হয়। এই সন্তানটিকে বাঁচাইবার জন্য অনেক চেষ্টা করা হইলেও কোন ক্রমে বাঁচাইতে পারা যায় নাই। ডাং প্লেফেয়ার্ সাহেব

(পার্শ্বটীকা: সঙ্কুচিত জরায়ু মধ্যে ভ্রূণের কোন অঙ্গপ্রত্যঙ্গ আবদ্ধ হইলে ভ্রূণের বিপদ।)

কোন স্থলে জরায়ুর এরূপ প্রবল সঙ্কোচদ্বারা ভ্রূণমস্তক আবদ্ধ হইতে দেখেন। তিনি বলেন যে মস্তকটি এত দৃঢ়রূপে আবদ্ধ হইয়াছিল যে জরায়ু দ্বিতীয়বার কাটিয়া মস্তক বিমুক্ত করিতে হইয়াছিল। জরায়ু সহসা

ইহার কারণ।

এরূপ সবলে সঙ্কুচিত হইবার কারণ সম্বন্ধে ডাং র‍্যাড্‌ফোর্ড বলেন যে জরায়ুর যে অংশে প্লাসেণ্টা সংযুক্ত থাকে তাহার উপরে কাটিলে এবং অকালে পরিস্রব বিযুক্ত করিলে জরায়ু অকস্মাৎ দৃঢ়রূপে সঙ্কুচিত হইয়া যায়। তিনি যে দুইটি ঘটনার উল্লেখ করিয়াছেন তাহাতে ঐরূপ ঘটিয়াছিল। কিন্তু তাঁহার এই মতটি যুক্তিসঙ্গত বলিয়া বোধ হয় না কারণ ভ্রূণদেহের অধিকাংশ নির্গত না করিলে জরায়ুসঙ্কোচ হইতে দেখা যায় না এবং অনেক স্থলে প্লাসেণ্টার সংযোগ স্থলের উপর কাটিয়াও জরায়ুসঙ্কোচ হইতে দেখা যায় নাই। আবার যে স্থলে প্লাসেণ্টা আপনা হইতে বিযুক্ত হইয়াছে তথায় জরায়ু কাটিলেও সঙ্কোচ উপস্থিত হয় না। ডাং প্লেফেয়ার বলেন যে বিভিন্ন স্ত্রীলোকের সূতিশক্তির ইতরবিশেষ হয় বলিয়াই এরূপ ঘটে।

জরায়ুর ঐরূপ প্রবল সঙ্কোচে সন্তানের অনিষ্ট হয় বটে, কিন্তু ইহাদ্বারা

নিবারণোপায়।

রক্তস্রাবের আশঙ্কা অনেক কম হয়। সুবিধা মত সন্তানের মস্তক ও স্কন্ধ প্রথমে বাহির করিতে পারিলে অথবা উভয় হস্তদ্বারা সন্তানের মস্তক ও পদদ্বয় একত্র ধরিয়া বাহির করিতে পারিলে ভ্রূণের মৃত্যুশঙ্কা থাকে না। জরায়ুর যে স্থান কাটা হয় তাহার নিম্নে সন্তানের যে অঙ্গ থাকে তাহাই ধরিয়া বাহির করিবার চেষ্টা না করিয়া উক্ত দুই উপায়ের যে কোনটি অবলম্বন করা শ্রেয়ঃ। এইরূপে কার্য্য করিলে সন্তানের পদ প্রভৃতি আবদ্ধ হইতে পারে, কিন্তু তাহাতে মৃত্যুর সম্ভাবনা নাই।

সিজারিয়ান্ সেক্‌শন্ করিবার পূর্ব্বে রোগীকে সবল ও সহিষ্ণু রাখা

শস্ত্রক্রিয়া করিবার পূর্ব্বে রোগীকে প্রস্তুত রাখা আবশ্যক।

আবশ্যক; কারণ নিতান্ত দুর্ব্বল ও ক্ষীণ রোগীদেরই ইহা আবশ্যক হয়। কিন্তু গর্ভিণীর প্রসববেদনা উপস্থিত হইবার পূর্ব্বে চিকিৎসক আনীত না হইলে ইহা অসম্ভব। তবে গর্ভিণীর বস্তিগহ্বরের গঠনবিকৃতি দেখিয়া সচরাচর প্রসব বেদনার পূর্ব্বে চিকিৎসক আনয়ন করা হয়। সুতরাং সুপাচ্য পুষ্টিকর পথ্য, বিশুদ্ধ বায়ু বলকারক ঔষধি (প্রধানতঃ লৌহঘটিত) প্রভৃতি প্রয়োগ

করিয়া সাধ্যমত রোগীকে সবল করা আবশ্যক। মল, মূত্র ও ঘর্ম্ম যাহাতে রীতিমত নিঃসৃত হয় তাহা করা কর্ত্তব্য। প্রশস্ত বায়ুযুক্ত গৃহে শস্ত্রক্রিয়া করা আবশ্যক। অন্যত্র সুবিধা হইলে কখনই সাধারণ রোগীনিবাসে ইহা অনুষ্ঠান করা উচিত নহে। এইগুলি অনাবশ্যক বলিয়া মনে হইতে পারে, কিন্তু এই শস্ত্রক্রিয়াটি যেরূপ গুরুতর তাহাতে যত সাবধান হওয়া যায় ততই মঙ্গল। এই সমল সামান্য বিষয়ে মনোযোগ না করায় মৃত্যুসংখ্যা অধিক হয়।

শস্ত্রক্রিয়ার পূর্ব্বে কি কি আবশ্যক।

প্রসববেদনা উপস্থিত হইবার পূর্ব্বে শস্ত্রক্রিয়া করা উচিত কি না স্থির করা কর্ত্তব্য। কেহ কেহ বলেন যে স্বীয় বিবেচনা অনুসারে শস্ত্রক্রিয়া করিবার সময় নির্দ্ধারিত করিলে অনেক সুবিধা পাওয়া যায় ও তাড়াতাড়ি করিবার আবশ্যক হয় না। যতক্ষণ পর্য্যন্ত জরায়ুসঙ্কোচ আপনা হইতে উপস্থিত না হয় ততক্ষণ অপেক্ষা করিলে বিশেষ সুবিধা হয়। এরূপ করিলে জরায়ুদ্বার ঈষৎ উন্মুক্ত হয় এবং লোকিয়া নির্গমের পথ হয়। আবার জরায়ুসঙ্কোচদ্বারা রক্তস্রাব নিশ্চিত বন্ধ হইয়া যায়। বার্ণিজ্ বলেন যে প্রথমে অকালে প্রসববেদনা উপস্থিত করাইয়া তাহার পর শস্ত্রক্রিয়া করা উচিত। কিন্তু ডাং প্লেফেয়ার্ বলেন যে ইহাদ্বারা অনর্থক জটিলতা বৃদ্ধি করা হয় এবং বস্তিগহ্বরের গঠনবিকৃতি অধিক হইলে সহজে জরায়ুগ্রীবা স্পর্শ করিতে পারা যায় না। শস্ত্রক্রিয়া করিবার জন্য যাহা কিছু আবশ্যক সমস্ত প্রস্তুত রাখা উচিত; কারণ শস্ত্রক্রিয়া আরম্ভ করিয়া ব্যস্ত হওয়া কর্ত্তব্য নহে। যতক্ষণ পর্য্যন্ত প্রসববেদনা উপস্থিত না হয় ততক্ষণ স্থিরভাবে অপেক্ষা করিতে হয়। সিজারিয়ান্ সেক্‌শন্ অনুষ্ঠান করা তত কঠিন নহে। রোগীকে একটি আলোকযুক্ত গৃহে টেবিলের উপর শয়ন করাইবে এবং ঐ গৃহের উত্তাপ ৬৫ ডিগ্রী পর্য্যন্ত রাখিবে। ক্লোরোফর্ম্ আঘ্রাণ করাইলে অত্যন্ত অধিক বমন হয় বলিয়া উহা আঘ্রাণ না করান ভাল। এই জন্য ওভেরিয়টমী করিবার সময় মিঃ স্পেন্সার্ ওয়েল্‌স্ ক্লোরোফর্ম্ আঘ্রাণ করান ত্যাগ করিয়াছেন এবং তৎপরিবর্ত্তে ক্লোরো-মিথিল্ ব্যবহার করেন। ঈথারেও ক্লোরোফর্ম্মের ন্যায় অসুবিধা নাই। কোথাও কোথাও স্পে যন্ত্র ব্যবহার করিয়া কেবল উদরের

কোন্ সময়ে শস্ত্রক্রিয়া করা উচিত।

সংজ্ঞাবিলোপী ঔষধি প্রয়োগ।

স্পর্শানুভাবকতা লোপ করা হইয়াছে। রোগীর সংজ্ঞাবিলোপ না করিয়া কেবল উদরের স্পর্শানুভাবকতা লোপ করিয়া শস্ত্রক্রিয়া করিতে সুবিধা এই যে জরায়ুর প্রবল সঙ্কোচ হইতে পারে। কিন্তু রোগীর সাহস না হইলে এরূপ করা উচিত নহে।

শস্ত্রক্রিয়া করিয়া কৃতকার্য্য হইতে গেলে সেই সময় কার্ব্বলিক্ স্পে ব্যবহার করা নিতান্ত আবশ্যক এবং ওভেরিয়টমী করিবার সময় যেরূপ সতর্কতার সহিত কার্য্য করিতে হয় এস্থলেও সেইরূপ করা উচিত। উদরপেশীর লিনিয়া এল্‌বা

শস্ত্রক্রিয়া বর্ণনা। অর্থাৎ শ্বেতরেখার গতি অনুসারে অস্ত্রপাত করা কর্ত্তব্য নতুবা এপিগ্যাষ্ট্রিক্ ধমনী আহত হইবার আশঙ্কা থাকে। বস্তিদেশের গঠন-বিকৃতি জন্য উদরের আকৃতির অনেক বৈলক্ষণ্য হয়, সুতরাং উদরের যেস্থল অধিক উন্নত তথায় কেহ কেহ তির্য্যক্‌ভাবে অথবা আড়াআড়ি অস্ত্রপাত করিতে বলেন। কিন্তু ইহাতে রক্তস্রাবের অধিক আশঙ্কা, সুতরাং ইহা অনুষ্ঠান করা কর্ত্তব্য নহে। নাভীর ঈষৎ ঊর্দ্ধ হইতে অস্ত্রপাত করিয়া তিন ইঞ্চ্ নিম্ন পর্য্যন্ত লইয়া যাইতে হয়। ত্বক্ ও পেশীসূত্র সকল সাবধানে স্তরে স্তরে কাটিয়া উজ্জ্বল পেরিটোনিয়াম্ পর্য্যন্ত যাইতে হয় এবং এই সময় ছিন্ন ধমনী ও শিরা সকল বাঁধিয়া দিতে হয়। তাহার পর পেরিটোনিয়ামের মধ্যে একটি ক্ষুদ্র ছিদ্র করিতে হয় এবং ঐ ছিদ্র মধ্যে বাম হস্তের দুইটি অঙ্গুলি প্রবিষ্ট করাইয়া ও তাহার উপর ছুরিকখানি রাখিয়া উদরে যতদূর অস্ত্রপাত করা হইয়াছে ততদূর কাটিতে হয়। জরায়ুতে অস্ত্রপাত করিবার পূর্ব্বে উহাকে উপযুক্ত ভাবে ধারণ করিতে একজন সহকারীকে বলিবে এবং কাটা হইলে কর্ত্তিত স্থানের উভয় পার্শ্বে হস্ত রাখিয়া জরায়ুকে সম্মুখ দিকে ঠেলিতে বলিবে। ইহাতে জরায়ুর ক্ষত উদরের ক্ষতের সহিত মিলিত হয় এবং অন্ত্র বাহির হইতে পারে না। প্লাসেণ্টা সম্মুখ দিকে আছে বুঝা গেলে জরায়ুর পার্শ্ব দিকে অস্ত্রপাত করা উচিত। কিন্তু প্লাসেণ্টা সম্মুখে না থাকিলে জরায়ুর সম্মুখ দিকের মধ্য স্থলে কাটিতে হয়। তাহার পর জরায়ুর সামগ্রী কাটিতে হয়। ভ্রূণঝিল্লী দেখা গেলে যেরূপে পেরিটোনীয়াম্ কাটা হইয়াছে সেইরূপে ঝিল্লী কাটিবে। উদরে যতদূর অস্ত্রপাত হইয়াছে জরায়ুতেও ততদূর করা আবশ্যক। ফাণ্ডাসের অতি সন্নিকটে জরায়ু কাটা কর্ত্তব্য নহে।

কারণ জরায়ুদেহ অপেক্ষা কাণ্ডাসে অধিক রক্তবহা নাড়ী থাকে এবং তথায় কাটিলে ক্ষত শীঘ্র পূরিয়া আইসে না। ডাং উইক্‌লন্‌ বলেন যে জরায়ু কাটা হইলে একজন সহকারী ক্ষতের আরম্ভ ও শেষ অঙ্গুলিদ্বারা ঊর্দ্ধে টানিয়া ধরিবে। এরূপ করিলে উদরের ক্ষত ও জরায়ুর ক্ষত মিলিত হয় এবং রক্ত ও লাইকর্‌ এম্‌নিয়াই পেরিটোনিযাম্‌-গহ্বরে প্রবেশ করিতে পায় না এবং অন্ত্র-প্রভৃতি কোষ্ঠ সকল বাহির হইতে পারে না। এখন সন্তনটিকে সাবধানে বাহির করিতে হয়। বাহির করিবার সময় সম্ভবমত সন্তানের মস্তক ও স্কন্ধ প্রথমে বাহির করা উচিত। তাহার পর পরিস্রব ও ভ্রূণঝিল্লী বাহির করিতে হয়। দুর্ভাগ্যবশতঃ যদ্যপি কর্ত্তিত স্থানের ঠিক নিম্নে প্লাসেণ্টা থাকে তাহা হইলে অধিক রক্তস্রাব হওয়া সম্ভব। এরূপ স্থলে পরিস্রব বিযুক্ত করিয়া যত শীঘ্র প্রসব শেষ করিতে পারা যায় ততই রক্তস্রাব হইবার অল্প আশঙ্কা থাকে।

সন্তান বাহির করা।

ভ্রূণ ও ঝিল্লী বাহির করিবামাত্র যাহাতে সত্বর জরায়ুসঙ্কোচ উপস্থিত হয় তাহা করা কর্ত্তব্য। সচরাচর জরায়ু আপনা হইতে সঙ্কুচিত হয়। কিন্তু যদ্যপি সঙ্কুচিত না হইয়া শিথিল থাকে তাহা হইলে হস্তদ্বারা চাপ দিয়া উহাকে উত্তেজনা করা উচিত। র‍্যাম্‌স্‌বটাম্‌ প্রভৃতি পণ্ডিতগণ এরূপ স্থলে জরায়ু স্পর্শ করিতে নিষেধ করেন। কিন্তু এই উপায়ে রক্তস্রাব বন্ধ করা কেন কর্ত্তব্য নহে তাহার বিশেষ কোন কারণ দেখা যায় না। স্বাভাবিক প্রসবের পর উদরপ্রাচীর শিথিল থাকিলে যখন হস্তদ্বারা চাপ দিতে কি উদর মর্দ্দন করিতে কোন ক্ষতি নাই তখন এস্থলেও কোন ক্ষতি হওয়া সম্ভব নহে। ত্বকের নিম্নে আর্গটিন্‌ প্রয়োগদ্বারাই জরায়ুর প্রবল সঙ্কোচ উপস্থিত হইতে পারে।

জরায়ু সঙ্কোচ যাহাতে উপস্থিত হয় তাহা করা কর্ত্তব্য।

জরায়ুর ক্ষত সেলাইদ্বারা বন্ধ করা কর্ত্তব্য কিনা তাহা লইয়া অনেক বাদানুবাদ হইয়াছে। আজকাল অনেকেই সেলাই করিতে পরামর্শ দেন কারণ সেলাই করিলে পেরিটোনীয়াম্‌গহ্বরে লোকিয়া প্রবেশ করিতে পারে না। পৃথক্‌ পৃথক্‌ স্থলে রৌপ্যতার দিয়া সেলাই করিয়া তার ছোট করিয়া কাটিয়া দিতে হয়। অথবা স্পেন্সার্‌ ওয়েলস্‌ সাহেবের প্রথা অনুসারে রেশমদ্বারা বরাবর সেলাই করিয়া উহার

জরায়ু ও উদর ক্ষত সীবন।

এক মুখ জরায়ুমুখ দিয়া যোনিমধ্য হইতে বাহির করিতে হয়। তন্তদ্বারা সেলাই করিলে ছিঁড়িয়া যাইতে পারে; সুতরাং তাহা করা কর্ত্তব্য নহে। জরায়ুর ক্ষত সেলাই করিবার পূর্ব্বে এক কিম্বা দুই অঙ্গুলি জরায়ুগ্রীবায় প্রবেশ করাইয়া উহা খোলা আছে কিনা দেখা উচি। কারণ এই পথ দিয়া লোকিয়া প্রভৃতি বাহির হওয়া নিতান্ত আবশ্যক। উইঙ্ক্‌ল্‌সাহেব বলেন যে একখণ্ড লিণ্ট্‌ তৈলাক্ত করিয়া জরায়ুমুখে রাখিলে লোকিয়া প্রভৃতি বাহির হইবার পথ খোলা থাকে।

রক্তস্রাব বন্ধ না হইলে উদরের ক্ষত সেলাই করা উচিত নহে।

রক্তস্রাব সম্পূর্ণরূপে বন্ধ না হইলে উদরের ক্ষত কখনই সেলাই করা কর্ত্তব্য নহে; কারণ পেরিটোনীয়াম্‌গহ্বরে অল্প রক্ত কি অন্য কোন পদার্থ প্রবেশ করিলে আরোগ্য সম্ভাবনা নিতান্ত অল্প হয়। ডাং নিউম্যান্ এক স্থলে এক ঘণ্টা-কাল উদরের ক্ষত সেলাই করেন নাই, তাহার পর রক্তস্রাব বন্ধ হইলে সেলাই করিয়া রোগীর প্রাণদান করেন। সেলাই করিবার পুর্ব্বে নূতন, পরিষ্কার ও কোমল স্পঞ্জ্ গরম জলে ডুবাইয়া পেরিটোনীয়াম্ গহ্বর হইতে রক্ত এবং অন্যান্য স্রাব সাবধানে মুছাইয়া দিবে। উদরের ক্ষত, হেয়ারলিপ্‌পিন্ অথবা তার কি রেশমদ্বারা উর্দ্ধ হইতে নিম্নে সেলাই করিতে হয়। পিন্, তার কি রেশমদ্বারা এক ইঞ্চ্ সেলাই করা কর্ত্তব্য। ক্ষত স্থানের সীমার কিছু দূর হইতে ফুঁড়িয়া পরিবেষ্ট পর্য্যন্ত ফুঁড়িতে হয় এবং অপর দিকেও এইরূপে ফুঁড়িয়া পেরিটোনীয়ামের উভয় খণ্ড মিলিত করিয়া দিলে উত্তমরূপে বন্ধ হয় এবং ক্ষত শীঘ্র শুষ্ক হইয়া যায়। পচননিবারণের উপায় অবলম্বন করিয়া ওভ্যারিয়টমীর ক্ষত যেরূপ চিকিৎসা করিতে হয় ইহাতেও সেইরূপ করা উচিত।

ভবিষ্যৎ চিকিৎসা।

ভবিষ্যৎ চিকিৎসাপ্রণালী সবিস্তার বর্ণনা করিবার আবশ্যক নাই। কারণ তখন উপসর্গ ও লক্ষণানুসারে সাধারণ নিয়মে চিকিৎসা করিতে হয়। শস্ত্রক্রিয়া হইবার পর অনেকে বহুল পরিমাণে অহি-ফেন ব্যবহার করেন। কিন্তু ইহাতে অধিক বমন হইবার সম্ভাবনা। সুতরাং বেদনা কি পেরিটোনীয়াম্ প্রদাহ উপস্থিত না হইলে ইহা প্রয়োগ করিবার আবশ্যক নাই। বস্তুতঃ ওভ্যারিয়টমী করিবার পর যেরূপ চিকিৎসা আবশ্যক ইহাতেও ঠিক সেইরূপ। স্পেন্সার্ ওয়েল্‌স্ সাহেব বলেন যে শস্ত্রক্রিয়ার পর

রোগীকে একেবারে সুস্থির রাখিবে। গৃহ উষ্ণ ও পরিষ্কার রাখিবে ও বস্ত্রাদিও পরিষ্কার দিবে। বেদনাশান্তির জন্য উদরে উষ্ণ স্বেদ অথবা পোল্‌টিস্ দিবে এবং অহিফেনঘটিত পিচকারি ব্যবস্থা করিবে। নাড়ী ক্ষীণ অথবা অবসাদ লক্ষণ দেখিলে উত্তেজক ঔষধি দিবে। বমন নিবারণ জন্য বরফ অথবা বরফ মিশ্রিত পানীয় দিবে, এবং সুপাচ্য পুষ্টিকর পথ্য দিবে। প্রথম প্রথম ৬।৮ ঘণ্টা অন্তর ক্যাথিটার্ দ্বারা প্রস্রাব করাইবে, তৃতীয় দিবসে উদর আধ্মান (পেট ফাঁপা) না থাকিলে সেলাই খুলিয়া দিবে। কিন্তু আধ্মান থাকিলে শীঘ্র খুলিবে না। ক্ষত সম্পূর্ণ যোড়া না লাগিলে উপরের সেলাই খুলিবে না।

পোরোর শস্ত্রক্রিয়া। পেভিয়া নগরের অধ্যাপক পোরো অতি অল্পকাল হইল সিজারিয়ান্ সেক্শনের প্রকারান্তর করিয়াছেন। ইউরোপের মধ্যে ইনিই প্রথম ইহার অনুষ্ঠান করেন বলিয়া ইহাকে পোরোর্ শস্ত্র ক্রিয়া বলা হয়। ইহাতে প্রথমতঃ জরায়ু হইতে সন্তান বাহির করিয়া তৎপরে সমগ্র জরায়ুটি উদরের বাহিরে আনিতে হয় এবং রক্তস্রাব বন্ধ করিবার জন্য জরায়ুগ্রীবা উত্তমরূপে বন্ধন করিয়া জরায়ু কাটিয়া ফেলিতে হয়। যে টুকু অবশিষ্ট থাকে তাহা ওভ্যারিয়টমীর ন্যায় বহির্দ্দিকে বাঁধিয়া দিতে হয়। এই শস্ত্র ক্রিয়াটি নূতন নহে। ১৭৬৯ খৃঃ অব্দে ইটালিদেশের ডাং ক্যাভালিনী ইহা প্রথম উদ্ভাবিত করেন। ১৮২৩ খৃঃ অব্দে মৃত ডাং ব্লাণ্ডেল্ ইহা পুনরুদ্ভাবিত করেন। তিনি গর্ভিণী খরগোশের উপর সিজারিয়ান্ সেক্শন্ করিয়া একটিও বাঁচাইতে পারেন নাই; কিন্তু উক্তরূপে জরায়ু কাটিয়া ফেলিয়া ৪টির মধ্যে তিনটি বাঁচাইয়া ছিলেন। ১৮৬৯ খৃঃ অঃ বোষ্টন্ নগরের ডাং ষ্টোরার্ সাহেব কোন রোগীর বস্তিগহ্বরের সূত্রার্ব্বুদ জন্য প্রসব সঙ্কট দেখিয়া জরায়ু ছেদন করেন। অধ্যাপক পোরোসাহেবের পর ইংলণ্ড ভিন্ন ইউরোপের বিভিন্ন দেশে এই প্রক্রিয়া অনুষ্ঠিত হয়। ফিল্যাডেল্‌ফিয়াবাসী ডাং হারিস্ ইহার তালিকা সংগ্রহ করিয়াছেন। তদ্দৃষ্টে জানা যায় যে ৭১টির মধ্যে ৩০টি রোগী এই শস্ত্রক্রিয়ার পর বাঁচিয়াছে। সুতরাং সিজারিয়ান্ সেক্শন্ অপেক্ষা ইহাতে সুফল অধিক। ইহার প্রধান সুবিধা এই যে ইহাতে কর্ত্তিত জরায়ু উদরমধ্যে রাখা হয় না বলিয়া পচনশীল দ্রব্য আচোষিত হইয়া অনিষ্ট ঘটাইতে পারে না। বাহিরে থাকায় উপযুক্ত ঔষধাদি জরায়ুতে প্রয়োগ

করা যায়। ইহার আপত্তি এই যে জরায়ু ছেদ করিয়া ফেলিলে স্ত্রীলোকের স্ত্রীত্ব নষ্ট হয়। কিন্তু যেসকল স্ত্রীলোকের জরায়ু ছেদ করা আবশ্যক হয় তাহাদের বস্তিদেশের গঠনবিকৃতি এত ভয়ানক থাকে যে জরায়ু না থাকাই কর্ত্তব্য। যাহাহউক কোন্ স্থলে ইহা অনুষ্ঠান করা যাইতে পারে তদ্বিষয়ে এক্ষণে নিশ্চিত সিদ্ধান্ত করা যায় না, তবে ইহাতে সিজারিয়ান্ সেক্শন্ অপেক্ষা বিপদাশঙ্কা অনেক অল্প। এই শস্ত্রক্রিয়া করিবার সময় কার্বলিক্

বর্ণনা। স্পে ব্যবহার করিতে হয় এবং জরায়ু হইতে সন্তান বাহির করিয়া জরায়ুগ্রীবা উত্তমরূপে বন্ধন করিয়া ছেদ করা উচিত। কেহ কেহ জরায়ু ছেদ করেন এবং ইহাতে রক্তস্রাব একেবারে হইতে পারে না। রিচার্ড সন্ সাহেব জরায়ুগ্রীবায় আড়াআড়ি ভাবে দুইটি পিন্ বিদ্ধ করিয়া তাহার পর ইক্রাস্যুরের তার খুলিতে বলেন এবং গ্রীবা দৃঢ়রজ্জুদ্বারা বাঁধিতে বলেন। বার্ণি নগরের মিউলার্ সাহেব প্রথমে সমগ্র জরায়ু উদরের বাহিরে আনিয়া সন্তান বাহির করিতে বলেন: কারণ একপ করিলে জরায়ুস্থ রস উদরমধ্যে যাইতে পায় না, কিন্তু তাঁহার এইমত সকলে অনুমোদন করেন নাই। জরায়ু ছেদ করিবার পর অবশিষ্ট অংশ উদরক্ষতের নিম্নাংশে বাঁধিয়া দিতে হয় এবং পচননিবারক ঔষধি প্রয়োগ করিতে হয়। স্রাব নিঃসরণের জন্য ড্রেনেজ্নল ডাগ্লাসের স্থান দিয়া অথবা উদরক্ষত দিয়া

সিজারিয়ান্ সেক্শনের পরিবর্ত্তে সিম্ফিসিয়টমী। প্রবিষ্ট করাইতে হয়। সিজারিয়ান্ সেক্শন্ করিলে মৃত্যু সংখ্যা যেরূপ অধিক হয় তদ্দৃষ্টে ধাত্রীবিদ্যাবিৎ পণ্ডিতগণ ইহার পরিবর্ত্তে অন্য কোন উপায় উদ্ভাবনের চেষ্টায় ছিলেন। ১৭৬৮ খৃঃ অব্দে পারিস্ নগরের জনৈক ছাত্র সিম্ফিসিয়টমী নামে শস্ত্রক্রিয়া উদ্ভাবিত করেন। এই ছাত্রের নাম সিগো। ইনি সিম্ফিসিস পিউবিস্ নামক অস্থি কাটিয়া দিতে বলেন। তাহা হইলে উহা ফাঁক হইয়া সন্তান বাহির হইতে পারে। প্রথমে অনেকে ইহার বিরুদ্ধাচরণ করিয়াছিলেন; কিন্তু অবশেষে অনেক পণ্ডিত তাঁহার পক্ষ সমর্থন করেন। বিলাতে এবং ইউরোপের অন্যান্য প্রদেশে ইহা কয়েকবার অনুষ্ঠিত হয়।

আজকাল সকলেই স্বীকার করেন যে সিজারিয়ান্ সেক্শনের পরিবর্ত্তে

ইহাদ্বারা কোন সিম্ফিসিয়টমী ব্যবহার করা যায় না। কেন না সিম্-

ফল হয় না। ফিসিস্ কাটিয়া দিলেও বস্তিগহ্বরের পরিসর অধিক বাড়ে না। যাহা বৃদ্ধি হয় তন্মধ্য দিয়া ভ্রূণকে কাটিয়া বাহির করাও দুষ্কর। ডাং চার্চ্চিল্ বলেন যে সিম্ফিসিস ৪ ইঞ্চ্ পরিমাণে ফাঁক হইলেও বস্তিগহ্বরের সম্মুখ-পশ্চাৎ মাপ ৪ রেখা হইতে ½ ইঞ্চের অধিক বৃদ্ধি হয় না। সম্মুখ-পশ্চাৎ মাপেই অধিক প্রতিবন্ধক, সুতরাং ইহাদ্বারা কোন ফল হয় না, তবে যথায় গঠনবিকৃতি সামান্য তথায় এইরূপ বৃদ্ধি হইলে সন্তান ভূমিষ্ঠ হইতে পারে। কিন্তু এই শস্ত্রক্রিয়ায় বিপদাশঙ্কা যেরূপ এবং পরিণামে ইহাদ্বারা যেরূপ কুফল হয় তাহা বিবেচনা করিলে ইহা অনুষ্ঠান না করাই শ্রেয়ঃ।

সপ্তম পরিচ্ছেদ।

ল্যাপারো-ইলাইট্রটমী।

ডাং প্লেফেয়ার্ সাহেবের "ধাত্রীবিদ্যার" দ্বিতীয়, তৃতীয় প্রভৃতি সংস্করণে ল্যাপারো-ইলাইট্রটমী। ল্যাপারো-ইলাইট্রটমী সম্বন্ধে অধিক কিছু বলা হয় নাই। কারণ তখন এই শস্ত্রক্রিয়ার বিষয় সবিশেষ কিছু জানা ছিল না, সুতরাং সিজ্যারিয়ান্ সেক্শনের পরিবর্ত্তে ইহা অনুষ্ঠিত হইতে পারে কেবল এইমাত্র বলা হইয়াছিল। তাহার পর উক্ত বিষয় অধিক আলোচিত হওয়ায় তৎসম্বন্ধে অনেকগুলি উৎকৃষ্ট প্রবন্ধ লিখিত হয়। এই সকল প্রবন্ধে কোন্ কোন্ স্থলে ল্যাপারো-ইলাইট্রটমী অনুষ্ঠিত হইতে পারে, অনুষ্ঠান করা কঠিন কি না এবং করিতে পারিলেই বা সুবিধা কি, এই সকল বিষয় উত্তমরূপে বর্ণিত হইয়াছে। টমাস সাহেব সর্ব্ব প্রথমে ইহার অনুষ্ঠান করেন এবং তাঁহার পর অনেকে করিয়াছেন। সিজ্যারিয়ান্ সেক্শন্ করিলে যেরূপ অধিক বিপদাশঙ্কা ল্যাপারো-ইলাইট্রটমীতে সেরূপ কিছুই নাই। অতএব সিজ্যারিয়ান্ সেক্শনের পরিবর্ত্তে ল্যাপারো-ইলাইট্রটমী করা ধাত্রী চিকিৎসক মাত্রেরই কর্ত্তব্য। তবে যথায় ইহা অনুপযোগী সেই স্থলে অনুষ্ঠান করা উচিত নহে। এই সকল সুবিধার জন্য ডাং প্লেফেয়ার্ সাহেব

তাঁহার "ধাত্রীবিদ্যা" পুস্তকের চতুর্থ সংস্করণে একটি স্বতন্ত্র অধ্যায়ে ল্যাপারো-ইলাইট্রটমী বর্ণনা করিয়াছেন।

১৮০৬ খৃঃ অব্দে জির্গ্ সাহেব সিজ্যারিয়ান্ সেক্শনের কিছু পরিবর্ত্তন করিবার প্রস্তাব করেন। তাঁহার মতে জরায়ু না কাটিয়া উদরের লিনিয়া এল্বা অর্থাৎ শ্বেত রেখা এবং যোনির ঊর্দ্ধ ভাগ কাটিয়া জরায়ুগ্রীবা দিয়া সন্তান বাহির করা কর্ত্তব্য। তাঁহার মতাবলম্বী হইয়া কেহ কার্য্য করেন নাই। ইহাতে পেরিটোনীয়াম্ অক্ষত রাখা যায় না বলিয়া ল্যাপারো-ইলাইট্রটমীর ন্যায় ইহাতে সুবিধা নাই। ১৮২০ খৃঃ অঃ রিট্জেন্ সাহেব যে শস্ত্রক্রিয়ার প্রস্তাব করেন তাহা টমাসের শস্ত্রক্রিয়ার অনুরূপ। রিট্জেন্ উহা অনুষ্ঠান করিয়া কৃতকার্য্য না হওয়াতে অবশেষে সিজ্যারিয়ান্ সেক্শনের দ্বারা প্রসব করাইতে বাধ্য হন। ১৮২৩ খৃঃ অঃ কনিষ্ঠ বডিলক্ স্বীয় বুদ্ধিবলে উক্তরূপ শস্ত্রক্রিয়া আবিষ্কৃত ও অনুষ্ঠিত করেন, কিন্তু তিনি ও কৃতকার্য্য হন নাই। অবশেষে ১৮৩৭ খৃঃ অঃ সার্ চার্লস্ বেল্ও ঐরূপ একটি শস্ত্রক্রিয়া উদ্ভাবিত করেন। সুতরাং দেখা যাইতেছে যে টমাস্ সাহেবের প্রবন্ধ বাহির হইবার পূর্ব্বে তিনবার স্বতন্ত্র ব্যক্তিদ্বারা ঐ শস্ত্রক্রিয়া পৃথক পৃথক উদ্ভাবিত হইয়াছিল। কিন্তু উদ্ভাবিত হইলেও কেহই ইহাতে মনোযোগ করেন নাই এবং ইহাদ্বারা এত সুফল ফলিবে তাহাও কেহ অনুমান করিতে পারেন নাই। ১৮৭০ খৃঃ অঃ নিউইয়র্ক নগরের ডাং টি, জি, টমাস্ সাহেব, হাডসন্ নদীতীরবর্ত্তী ইংক্যবৃস নগরের "মেডিক্যাল্ এসোসিএসন্" নামক সভায় "সিজ্যারিয়ান্ সেকশনের পরিবর্ত্তে গ্যাষ্ট্রো-ইলাইট্রটমী" শীর্ষক একটি প্রবন্ধ পাঠ করেন। এই শস্ত্রক্রিয়া মৃত দেহের উপর তিনি তিনবার অনুষ্ঠান করেন এবং ১৮৭০ খৃঃ অঃ একজন বিবাহিতা গর্ভিণী স্ত্রীর গর্ভাশয় উক্ত শস্ত্রক্রিয়াদ্বারা কাটিয়া সন্তান জীবিত ভূমিষ্ঠ করেন। রিট্জেন ও বডিলক্ সাহেব যে পূর্ব্বে এইরূপ চেষ্টা করিয়াছিলেন তাহা টমাস্ আদৌ জ্ঞাত ছিলেন না। গ্যারিগস্ সাহেব বলেন যে টমাস্ সাহেবই সর্ব্বপ্রথম গ্যাষ্ট্রো-ইলাইট্রটমী অনুষ্ঠান করিয়া জীবিত গর্ভিণীর গর্ভ হইতে সন্তান জীবিত ভূমিষ্ঠ করেন, এবং দ্বিতীয়বারে প্রসূতি ও সন্তান উভয়েরই জীবন রক্ষা করিয়া অশেষ কীর্ত্তি স্থাপিত করেন। টমাস্ সাহেবের পর

ব্রুক্লিন্ নগরের ডাং ষ্টীন্ এবং ইংলণ্ডের শেফিল্ড্ ও লণ্ডন নগরের হাইম্‌স্
ও এডিস্ সাহেবেরা ইহার অনুষ্ঠান করেন।

ল্যাপারো-ইলাইট্রটমী করিবার উদ্দেশ্য এই যে উদরের নিম্নাংশে ও যোনির ঊর্দ্ধাংশ কাটিয়া জরায়ুগ্রীবাদ্বারা সন্তান বাহির করা।

শস্ত্রক্রিয়ার উদ্দেশ্য।

ল্যাপারো-ইলাইট্রটমী অনুষ্ঠান করা কঠিন না হইলে সিজ়ারিয়ান্ সেক্‌শন্ অপেক্ষা সহস্রগুণে উৎকৃষ্ট। কারণ ইহাতে পেরিটোনিয়াম্ কাটিতে হয় না। জরায়ু কাটিতে হয় বলিয়া সিজ়ারিয়ান্ সেক্‌শন্ করিতে অধিক বিপদ সম্ভাবনা থাকে। কিন্তু ল্যাপারো-ইলাইট্রটমী করিতে জরায়ু না কাটিয়া যোনি কাটিতে হয়, সুতরাং ইহাতে বিপদাশঙ্কা অল্প। অতএব ল্যাপারো-ইলাইট্রটমী যে সিজ়ারিয়ান সেক্‌শন অপেক্ষা অনেক ভাল তাহাতে আর অণুমাত্র সংশয় নাই, তবে ইহা অনুষ্ঠান করা যদি কঠিন না হয় তাহা হইলে ডাং টমাস্ ধাত্রীচিকিৎসায় যে মহদুপকার সাধন করিয়াছেন ইহা মুক্তকণ্ঠে স্বীকার করিতে হইবে।

সিজ়ারিয়ান্ সেক্‌শন অপেক্ষা ইহাতে কি কি সুবিধা।

যেসকল স্থলে সিজ়ারিয়ান সেক্‌শন করা যাইতে পারে গর্ভিণী জীবিতা থাকিলে সেই সকল স্থলে ল্যাপারো-ইলাইট্রটমী করা যায়। কিন্তু গর্ভিণী মারা পড়িলে সিজ়ারিয়ান সেক্‌শন শীঘ্র অনুষ্ঠান করা যায় বলিয়া তাহাই করা উচিত। গর্ভিণীর কোমলাংশের পীড়াজন্য স্বাভাবিক পথদ্বারা প্রসব হইবার সম্ভাবনা না থাকিলে ল্যাপারো-ইলাইট্রটমী অনুষ্ঠান করা যায় না। বস্তিদেশে অর্ব্বুদজন্য প্রসবে বাধা জন্মিলে অথবা জরায়ুতে কর্কট রোগ কি সূত্রার্ব্বুদ হইলে ল্যাপারো-ইলাইট্রটমী করা উচিত নহে। বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বারে ভ্রূণমস্তক দৃঢ়াবদ্ধ হইলে এবং কোনমতে অপসৃত করিতে না পারিলে ল্যাপারো-ইলাইট্রটমী করা অসম্ভব, কেন না এরূপ হইলে যোনি কাটা যায় না। সিজ়ারিয়ান সেক্‌শন যেরূপ একই গর্ভিণীর উপর বিভিন্ন গর্ভকালে দুইবার অনুষ্ঠান করা যায় ল্যাপারো-ইলাইট্রটমী সেরূপ করা যায় না। একবার যে দিকে ল্যাপারো-ইলাইট্রটমী করা গিয়াছে সেদিকে অন্য সময়ে আর করা যায় না; কারণ প্রথম বারের শস্ত্রক্রিয়ার ফলে পেরিটোনিয়াম্ উদরপ্রাচীরের সহিত সংযুক্ত হইয়া যায়, সুতরাং উহা ছিন্ন না করিলে আর বিযুক্ত করা যায় না এবং যোনিও

কোন্ কোন্ স্থলে ইহা অনুষ্ঠান করা কর্ত্তব্য।

কাটা যায় না। বস্তিদেশের গঠনবিকৃতি অত্যন্ত অধিক হইলে এবং উদর লম্বমান ও উরুদ্বয় বিকটাকার থাকিলে ল্যাপারো-ইলাইট্রটমী দ্বারা আবশ্যক মত কার্য্য করা যায় কিনা না জানা আবশ্যক।

যেস্থলে কাটিতে হইবে তথাকার শারীরবিন্যাস।

ল্যাপারো-ইলাইট্রটমী সহজ কি কঠিন বুঝিতে গেলে এবং উহা অনুষ্ঠান করিবার সময় যেসকল বিপদ ঘটা সম্ভব তাহা অতিক্রম করিতে গেলে যে স্থলে কাটিতে হইবে তথাকার শারীরবিন্যাস বর্ণনা করা আবশ্যক।

উদরের ইন্‌সিশন বা অস্ত্রপাত।

সম্মুখোর্দ্ধ ইলিয়াক্ স্পাইনএর এক ইঞ্চ্ ঊর্দ্ধ হইতে অস্ত্রপাত করিয়া প্যুপার্ট্ বন্ধনীর সমান্তরালে নিম্নদিকে বক্র করিয়া পিউবিক্ স্পাইনের ১½ ইঞ্চ্ ঊর্দ্ধ ও বহির্দ্দিক পর্য্যন্ত লইয়া যাইতে হয়। এই শেষ সীমা কোনমতেই অতিক্রম করা কর্ত্তব্য নহে, নচেৎ গোল বন্ধনী ও এপিগাষ্ট্রিক্ ধমনী আহত হইবার আশঙ্কা থাকে। অস্ত্রপাত দ্বারা ত্বক্, একষ্টার্ণাল্ ওবলাইক্ পেশীর এপনিউরোসীস, ইণ্টার্ণাল্ ওবলাইক্ পেশীর কয়েকটি সূত্র এবং ট্রান্‌সভার্সেলিস পেশী ভিন্ন করিতে হয়। রেক্টাস্ বা সরল পেশী ভেদ করিতে হয় না। এই সকল পেশী ভেদ করা হইলে ট্রান্‌স্-ভার্সেলিস্ ফ্যাসিয়া পাওয়া যায়। সৌভাগ্যবশতঃ এই স্থলে ফ্যাসিয়াটি ঘন এবং যোজক উপাদান ও মেদদ্বারা পেরিটোনীয়াম্ হইতে পৃথক্ থাকে। সুপার্ফিসিয়াল্ এপিগাষ্ট্রিক্ ধমনীটি কাটা পড়ে। কিন্তু ইহা অতি ক্ষুদ্র

ধমনী।

ধমনী, সুতরাং ইহাতে কোন আশঙ্কা নাই। অন্তর্ এপিগাষ্ট্রিক্ ধমনী কাটা যায় না বটে, কিন্তু ইহা অস্ত্রপাতের এত নিকটে থাকে যে দৈবাৎ কাটা পড়িতে পারে। ডাঃ স্কীন একবার ইহা কাটিয়া ফেলিয়া ছিলেন। এই ধমনীটি এক্‌ষ্টার্ণাল্ ইলিয়াক্ ধমনী হইতে প্যুপার্ট্ বন্ধনীর এক ইঞ্চ্ ঊর্দ্ধ হইতে উত্থিত হয়। প্রথমতঃ ইহা নিম্ন ও সম্মুখ দিকে গিয়া বন্ধনীর অন্তর্দ্দিকে যায়। তৎপরে ঊর্দ্ধ ও অন্তর্দ্দিকে, গোল বন্ধনীর সম্মুখ দিকে এবং ইণ্টার্ণ্যাল্ এবডোমিনাল্ রিংএর অন্তর্দ্দিকে যায়। তাহার পর সরল পেশীর আবরকের পশ্চাৎ স্তরের পশ্চাতে গিয়া আবরকে প্রবেশ করে। এপিগ্যাষ্ট্রিক্ ধমনী যে স্থান হইতে উত্থিত হইয়াছে তাহার অল্প নিম্ন হইতে সার্কাম্‌ফ্লেক্‌স্ ইলিয়াক্ ধমনী উঠিয়াছে। ইহা পেরিটোনী-

স্থাম্ ও প্যুপার্ট্ বন্ধনীর মধ্য দিয়া গিয়া ইলিয়ামের চূড়ার অন্তর্দ্দিকে পৌঁছিয়াছে। সুতরাং ইহা অস্ত্রপাতের নিম্নে থাকে এবং আহত হইবার সম্ভাবনা নাই।

ট্রান্স্ভার্সেলিস্ ফ্যাসিয়া ভেদ করা হইলে পেরিটোনীয়াম্ দেখা যায়।

পরিবেষ্ট। ইহাকে না কাটিয়া ধীরে ধীরে উত্তোলন করিলে যোনির উর্দ্ধাংশ দেখা যায়। এই স্থান দিয়া ভ্রূণ বাহিব করিতে হয়। সৌভাগ্যবশতঃ এই স্থানে পেরিটোনীয়াম গর্ভকালে অত্যন্ত শিথিল থাকে, সুতরাং উহা উত্তোলন করিতে কোন কষ্ট হয় না।

যোনিতে অস্ত্রপাত করা কিছু কঠিন এবং ইহাতে বিপদাশঙ্কা আছে।

যোনিতে অস্ত্রপাত। বস্তিগহ্বরের সঙ্কীর্ণতা থাকিলে জরায়ু এবং তদভ্যন্তরস্থ ভ্রূণপ্রভৃতি সমধিক উর্দ্ধে থাকে, এমন কি প্রবেশদ্বারের উর্দ্ধে অবস্থিত হয়। কাজেকাজেই যোনিও লম্বা হইয়া যায় এবং অনায়াসপ্রাপ্য হয়। গর্ভাবস্থায় যোনির উর্দ্ধাংশ বৃদ্ধিপ্রাপ্ত হয় এবং সন্তান বাহির হইবার সময় বিস্তৃত হইবে বলিয়া অনেক ভাঁজ প্রাপ্ত হয়। যোনির চতুর্দ্দিক্ বেষ্টন করিয়া অন্যান্য উপাদান সকল শিথিলভাবে থাকে। পেশীসূত্র এবং আভ্যন্তরিক শ্লৈষ্মিক স্তর অনায়াসে পৃথক করা যায়। যোনির রক্তবহা নাড়ী সকল অত্যন্ত জটিলভাবে বিন্যস্ত, সুতরাং রক্তস্রাব হইয়া বিপদ ঘটিবার অধিক সম্ভাবনা।

বডিলক্ সাহেব যে স্ত্রীলোকের ল্যাপারো-ইলাইট্রটমী করেন তাহার যোনিপ্রণালী ছিন্ন না করিয়া কাটিয়াছিলেন বলিয়া এত অধিক রক্তস্রাব হয় যে তাঁহাকে সত্বর শস্ত্রক্রিয়া পরিত্যাগ করিতে হইয়াছিল। যোনিপ্রণালীতে অনেক ধমনী আছে, হাইপোগাস্ট্রিক, অধঃ ভিসাইক্যাল্, অন্তরপিউবিক্ এবং ভিমরইড্যাল্ ধমনীগণ হইতে শাখাধমনী সকল যোনিপ্রণালীতে গিয়াছে। শিরা সকল জালের আকারে সমগ্র যোনিপ্রণালী বেষ্টন করিয়া আছে এবং যোনির শেষ সীমায় অধিকসংখ্যক শিরা আছে। এই কারণে যোনি কাটিতে হইলে সমধিক নিম্নে কাটাই কর্ত্তব্য।

যোনির পশ্চাদ্দিকে ডাগ্লাসের স্থান নামক পেরিটোনিয়ামের থলী এবং

যোনির চতুষ্পার্শ্বে কি কি আছে। তাহার নিম্নে সরলান্ত্র থাকে। যোনির সম্মুখদিকে মূত্রাশয় থাকে। সুতরাং যোনি কাটিবার সময় মূত্রাশয়

অথবা মূত্রনলী (ইউরিটার্) আহত হইবার সম্ভাবনা। যোনির চতুস্পার্শ্বস্থ কোষ্ঠ সকল গ্যারিগ্‌স্ সাহেব সবিশেষ বর্ণনা করিয়াছেন সুতরাং তাঁহার বর্ণনা নিম্নে উদ্ধৃত করা গেল।

"যোনির সম্মুখোর্দ্ধদিকের ঊর্দ্ধাংশ মূত্রাশয়ের সহিত শিথিল যোজক উপাদান দ্বারা সংযুক্ত। মূত্রাশয়ের যে দিকে যোনি সংযুক্ত থাকে সে দিকটি দেখিতে পানের মত। নিম্ন অথবা সম্মুখ দিকে এই সীমা-রেখা ট্রাইগোনাম্ ভেসিকেলির সহিত সমান্তরালে থাকে। ঊর্দ্ধদিকে যোনির সহিত সমসূত্রে যায় এবং তথা হইতে জরায়ুগ্রীবায় যায়। মূত্রমার্গ বা ইউরিথ্রার অন্তর ছিদ্র হইতে জরায়ুগ্রীবার দূরত্ব ১¼ ইঞ্চ্ (৩·২ সেণ্টাইম্) মূত্রাশয় জরায়ু গ্রীবার ⅝ ইঞ্চ্ (১·৫ সেণ্টাইম্) পর্য্যন্ত বিস্তৃত থাকে। সুতরাং যোনির সমধিক ঊর্দ্ধে কাটিলে অথবা আড়ভাবে কাটিলে মূত্রাশয় কাটিবার সম্ভাবনা। যোনির সম্মুখোর্দ্ধ প্রাচীরের নিম্নাংশের মধ্যভাগে ইউরিথ্রা বা মূত্রমার্গ থাকে। ঊর্দ্ধতম অংশে এবং মূত্রাশয়ের ঈষৎ বহিঃ ও পশ্চাদ্দিকে ইউরিটার্ থাকে। ইউরিটার্ ও মূত্রাশয় বাঁচাইয়া যোনি কাটিতে হইলে জরায়ুর প্রায় ১½ ইঞ্চ্ (৩·৮ সেণ্টাইম্) নিম্নে এবং ইউরিটার্ ও মূত্রাশয় এবং যোনির সীমারেখার সমান্তরালে কাটা কর্ত্তব্য। ল্যাপারো-ইলাইট্রটমী শস্ত্রক্রিয়া রোগীর দক্ষিণ দিকেই অনুষ্ঠিত হয়। বাম দিকে সরলান্ত্র যে ভাবে থাকে তাহাতে বামদিকে অস্ত্রপাত করা যায় কিনা তাহা অদ্যাপি স্থির হয় নাই। যাহা হউক দক্ষিণ দিকেই অস্ত্রপাত কর্ত্তব্য। শস্ত্রক্রিয়া যথাযথ নিষ্পন্ন করিতে হইলে ৪ জন সহকারী আবশ্যক। এতদ্ভিন্ন আর একজন সংজ্ঞাবিলোপী ঔষধ প্রয়োগ করিবে। রোগীকে টেবিলের উপর চিৎকরিয়া নিতম্ব উন্নতভাবে শয়ন করাইতে হয় অর্থাৎ ওভ্যাবিয়টমী করিতে যেভাবে রোগীকে রাখা যায় সেই ভাবে রাখা উচিত। যোনিমধ্য দিয়া বায়ু প্রবেশের সম্ভাবনা থাকে বলিয়া পচন নিবারণোপায় রীতিমত অবলম্বন করা যায় না। শস্ত্রক্রিয়া করিবার পূর্ব্বে বার্ণিজের থলীদ্বারা অথবা অঙ্গুলিদ্বারা জরায়ুগ্রীবা উন্মুক্ত রাখা আবশ্যক। যিনি শস্ত্রক্রিয়া করিবেন তিনি রোগীর দক্ষিণদিকে দাঁড়াইবেন। একজন সহকারী রোগীর বামদিকে দাঁড়াইয়া তাহার জরায়ু ঊর্দ্ধে ও বাম দিকে টানিয়া ধরিবে তাহা হইলে তদুপরিস্থ ত্বক্‌বিস্তৃত থাকিবে। ইলিয়াকের

সম্মুখোর্দ্ধ স্পাইন্ বা কণ্টকাকার প্রবর্দ্ধন হইতে অস্ত্রপাত করিয়া ঈষৎ তির্য্যকভাবে পিউবিক্ স্পাইনের ১½ ইঞ্চ্ উর্দ্ধ ও বহির্দ্দিকে লইয়া যাইবে। ত্বক্ পেশীসূত্র এবং এপনিউরোসিস্ স্তরে স্তরে কটিয়া পৃথক করিতে হয় এবং কোন রক্তবহা নাড়ী কাটাপড়িলে তৎক্ষণাৎ বন্ধন করিতে হয়। এইরূপে ট্রান্স্ভার্সেলিস্ ফ্যাসিয়া পাওয়া গেলে একটি টেনাকিউলাম্ যন্ত্রদ্বারা উহা উত্তোলন করিতে হয় এবং উহাতে একটি সূক্ষ্ম ছিদ্র করিয়া ছিদ্রমধ্যে ডিরেক্টার্ যন্ত্র চালিত করিতে হয়। এই যন্ত্রের উপর উক্ত ফ্যাসিয়া প্রথম অস্ত্রপাত অনুযায়ী কাটিতে হয়। তাহার পর ট্রান্স্ভার্সেলিস্ এবং ইলিয়াক্ ফ্যাসিয়া হইতে অঙ্গুলিদ্বারা পেরিটোনিয়াম্ বিযুক্ত করিতে হয়। একজন সহকারী একখানি গরম করা রুমাল লইয়া পেরিটোনিয়াম্ এবং তৎসহিত অন্ত্রসকল উত্তোলন করিয়া অস্ত্রাঘাত হইতে রক্ষা করিবে। আর একজন তৃতীয় সহকারী একটি রৌপ্য শলাকা যন্ত্র মূত্রাশয় মধ্যে প্রবিষ্ট করাইবে এবং ঐ শলাকাটি যোনি ও মূত্রাশয়ের সীমামধ্যে জরায়ুর নিম্নে ধারণ করিয়া থাকিবে। তাহার পর কাষ্ঠ নির্ম্মিত অতীক্ষ্ণ কোন যন্ত্র (যথা স্পেকুল্যামের অব্ট্যু-রেটার্) যোনিমধ্যে প্রবিষ্ট করাইতে হয় এবং যোনিকে ইলিও-পেক্টিনি-য়াল্ রেখার উর্দ্ধে ঠেলিয়া ধরিতে হয়। পরে প্যাকিলিনের থার্ম্মোকটারি যন্ত্র পোড়াইয়া লাল করিয়া জরায়ুর সমধিক নিম্নে ও ইলিওপেক্টিনিয়াল্ রেখার এবং মূত্রাশয়ের মধ্যস্থ শলাকা অনুভব করিয়া উহাদের সমান্তরালে ধরিতে হয়। যোনিপ্রণালী পুড়িয়া গেলে উভয় হস্তের তর্জ্জনী তন্মধ্যে প্রবিষ্ট করাইয়া সম্মুখদিকে মূত্রাশয়স্থ শলাকা অনুভব করতঃ নিরাপদে যতদূর ছিন্ন করা যায় ততদূর ছিন্ন করিতে হয় এবং পশ্চাদ্দিকে যতদূর সাধ্য ছিন্ন করিতে হয়। এইরূপে ছিন্ন করা হইলে জরায়ুকে বামদিকে অবনত করিতে হয় এবং অঙ্গুলি দ্বারা জরায়ুগ্রীবা অস্ত্রপাতের মধ্যে টানিয়া তুলিতে হয়। পরে ভ্রূণঝিল্লী ভেদ করিতে হয়। জরায়ুগ্রীবা উক্তরূপে উন্নত করা হইলে তন্মধ্য দিয়া ভ্রূণ বাহির করিতে হয়। ভ্রূণের নির্গমনোন্মুখ অঙ্গ অনুসারে কেবল টানিয়া অথবা ফর্সেপ্স্ দ্বারা অথবা বিবর্ত্তন করিয়া ভ্রূণ বাহির করিতে হয়। শস্ত্রক্রিয়া শেষ করিবার পূর্ব্বে মূত্রাশয় ছিন্ন হইয়াছে কি না অবধারণ করিবার জন্য তন্মধ্যে পিচকারিদ্বারা দুগ্ধ প্রবেশ করাইতে হয়। যদি ছিন্ন হইয়া থাকে তবে

ছিন্ন স্থান তৎক্ষণাৎ কার্বলিক্‌সিক্ত তন্তুদ্বারা সেলাই করিয়া দিতে হয়। এই শস্ত্রক্রিয়ায় রক্তস্রাবের অধিক আশঙ্কা থাকে কিন্তু সৌভাগ্যবশতঃ অধুনা যে কয়টি স্থলে শস্ত্রক্রিয়া হইয়াছে তাহার কোনটিতেই উক্ত বিপদ ঘটে নাই। যাহাহউক যদি রক্তস্রাব হয় তবে তাহা বন্ধ করা কর্ত্তব্য। বন্ধনদ্বারা অথবা পোড়াইয়া কিম্বা ক্ষত এবং যোনি মধ্যে তুলা প্রবেশ করাইয়া যে কোন উপায়ে হউক রক্তস্রাব বন্ধ করা আবশ্যক। যদি তুলা দিয়া ক্ষতমুখ বন্ধ করা আবশ্যক না হয় তবে গরম জলে কার্বলিক এসিড্ দিয়া (শত করা ২ ভাগ এসিড্) ক্ষত ধৌত করা আবশ্যক এবং ক্ষতের মধ্যে মধ্যে সেলাই করিয়া দেওয়া উচিত। অন্যান্য গুরুতর শস্ত্রক্রিয়ার পর যেরূপ চিকিৎসা আবশ্যক ল্যাপারো-ইলাইট্রটমীর পরেও সেইরূপ কর্ত্তব্য। ওভ্যারিয়টমীর পর যেরূপ পচন নিবারক ঔষধিদ্বারা ২।৩ বার যোনি মধ্যে পিচকারি দিতে হয় ইহাতেও সেইরূপ করা আবশ্যক। লঘু ও পুষ্টিকর পথ্য যথা দুগ্ধ, বিফটি প্রভৃতি ব্যবস্থা করা উচিত। বেদনা জ্বর প্রভৃতি সাধারণ নিয়মে চিকিৎসা করিতে হয়।

অষ্টম পরিচ্ছেদ।

রক্ত সংক্রমণ (ট্রান্স্‌ফিউশন্ অফ্ দি ব্লাড্)

ট্রান্স্‌ফিউশন্ কখনই ধাত্রীচিকিৎসায় সমাদৃত হয় নাই।

রক্তস্রাব অতিরিক্ত হইয়া জীবন সংশয় হইয়া উঠিলে অপরের দেহ হইতে রক্ত লইয়া রোগীর দেহে সঞ্চালিত করিতে পারিলে অনেক সময়ে রোগীকে মৃত্যুমুখ হইতে রক্ষা করিতে পারা যায়; সুতরাং এই বিষয়টিতে সমধিক মনোযোগ করা কর্ত্তব্য। চিকিৎসকগণ এই বিষয় লইয়া পুনঃ পুনঃ আন্দোলন করিয়াছেন

ঘটে, কিন্তু ধাত্রীচিকিৎসায় ইহা কখনই সমাদৃত হয় নাই। অপরের দেহ হইতে রক্ত লইয়া রোগীর দেহে সঞ্চালিত করাতে যে কোন দোষ আছে বলিয়া ইহা চিকিৎসকগণ দ্বারা সমাদৃত হয় নাই তাহা নহে, বরং এমন অনেক ঘটনার উল্লেখ দেখা যায় যে ট্রান্স্‌ফিউশন্ দ্বারাই মহোপকার সাধিত হইয়াছে তবে ট্রান্স্‌ফিউশন্ করিবার জন্য যে শস্ত্রক্রিয়ার আবাশ্যক হয় তাহা সম্পাদন করা কিছু কঠিন; এবং তজ্জন্য যেসকল যন্ত্রাদি আবশ্যক হয়, সেই সকল যন্ত্র অত্যন্ত জটিল ও অনেক ব্যয়সাপেক্ষ। অকস্মাৎ আবশ্যক হইলে ঐ সকল যন্ত্র পাওয়া সুকঠিন। ট্রান্স্‌ফিউশন্‌দ্বারা উপকার হয় কিনা তাহা লইয়া অনেকে বিভিন্ন মত প্রকাশ করিয়াছেন বটে, কিন্তু ডাং প্লেফেয়ার বলেন যে ট্রান্স্‌ফিউশন করিবার প্রক্রিয়াটি যতদূর সাধ্য সহজ করিয়া আনা নিতান্ত কর্ত্তব্য। প্রক্রিয়াটি সহজ করিলে শস্ত্রকুশল চিকিৎসকমাত্রেই ইহা অনুষ্ঠান করিতে পারেন। ট্রান্স্‌ফিউশনের জন্য যে সকল যন্ত্রাদি আবশ্যক তাহাও সহজ ও অনায়সপ্রাপ্য করা কর্ত্তব্য। কেন না যন্ত্রসকল প্রকাণ্ড ভারী ও দুর্ম্মূল্য হইলে কেহই তাহা সর্ব্বদা ব্যবহার করিতে পারেন না। বিশেষতঃ যেসকল যন্ত্র কদাচিৎ ব্যবহৃত হয় তাহা উক্তপ্রকার দুর্ম্মূল্য হইলে কেহই নিকটে রাখিতে যত্নবান হইবেন না। এই কারণেই অনেকস্থলে ট্রান্স্‌-ফিউশনের উপকারিতা জানিয়াও অনেকে তাহার অনুষ্ঠান করিবার জন্য প্রয়াস পান নাই। আজকাল ট্রান্স্‌ফিউশন্ অনেকের আলোচ্য বিষয় হওয়ায় উহার প্রক্রিয়া অনেক সহজ করা হইয়াছে এবং উহার যন্ত্রাদিও সুলভ ও ক্ষুদ্র করা হইয়াছে। এক্ষণে অনাবাসে ঐ সকল যন্ত্র চিকিৎকের শস্ত্রথলীর ভিতর লইয়া যাওয়া যায়।

(আজকাল প্রক্রিয়া অনেক সহজ করা হইয়াছে।)

ট্রান্‌স্‌ফিউশনের ইতিবৃত্তটি অতি মনোহর। ভিলারি প্রণীত "স্যাভনা-রোলার জীবনবৃত্ত" নামক পুস্তকে উল্লিখিত আছে যে ১৪৯২ খৃঃ অব্দে অষ্টম পোপ্ ইনোসেণ্টের দেহে দেহান্তরের রক্ত সঞ্চালিত করা হয়। কিন্তু ইহার কোন বিশ্বাসযোগ্য প্রমাণ আছে কিনা সন্দেহ স্থল। সপ্তদশ শতাব্দির শেষার্দ্ধে ইহা প্রথম অনুষ্ঠিত হইবার কথা শুনা যায়। ফ্রান্স্‌ দেশে ইহা প্রথম অনুষ্ঠিত হইয়াছিল। মণ্ট্‌পিলীয়ার্ বাসী ডেনিস্ সাহেব ইহার প্রথম অনুষ্ঠান করেন। অক্‌স্‌ফার্ড্‌ নগরের লোয়ার্ সাহেব ডেনিসের পূর্ব্বে

(ইতিবৃত্ত।)

ইতর জন্তুর দেহে পরীক্ষা করিয়া ইহা মানবদেহে অনুষ্ঠিত হইতে পারে স্থির করিয়াছেন। ১৬৬৭ খৃঃ অব্দে ডেনিস সাহেবের প্রক্রিয়া অনুষ্ঠিত হইবার কয়েকমাস পরে লোয়ার্ সাহেব আরণ্ডেল্ হাউস নামক বাটিতে সর্ব্বাপেক্ষা একজন সুস্থ ব্যক্তির দেহে বার আউন্স্ মেষরক্ত সঞ্চালিত করেন। এই ব্যক্তি উত্তম স্বাস্থ্য রক্ষা করিয়াছিল। এই সকল প্রক্রিয়া প্রায় এক সময়ে অনুষ্ঠিত হয বলিয় প্রথমে কোন্ ব্যক্তি ইহা উদ্ভাবিত করেন তাহা লইয়া অনেক বিতণ্ডা হইয়াছে।

অতিরিক্ত রক্তস্রাবের পর ট্রান্স ফিউশন্ করিলে বিশেষ উপকার হয় ইহা তৎকালে কেহ জানিতেন বলিয়া বোধ হয না। তখন বহুবিধ পীড়ার চিকিৎসার্থ ট্রান্স্ফিউশন্ ব্যবহার করা হইত। আবার কেহ কেহ জরাগ্রস্ত ব্যক্তিগণের যৌবন প্রত্যর্পণ করিবেন বলিয়া ট্রান্স্ফিউশন্ অনুষ্ঠান করিতেন। ইতরজন্তুদিগের রক্তই কেবল ব্যবহৃত হইত। এই সকল কারণে লোকে ইহার প্রকৃত তাৎপর্য্য বুঝিতে না পারিয়া ইহাকে হতাদর করিতেন।

উক্ত সময়ের পর হইতে প্রায় সকলেই উহা বিস্মৃত হইয়াছিলেন। কেবল কেম্ব্রিজ্নগরের শারীরবিজ্ঞানের অধ্যাপক ডাং হার্উড মধ্যে মধ্যে ইহার আলোচনা এবং এতৎসম্বন্ধে মতামত প্রকাশ করিতেন। কিন্তু তিনি কখন তাঁহার মত কার্য্যে পরিণত করেন নাই। তিনিও কেবল ইতর জন্তুর দেহ হইতে রক্ত লইতে উপদেশ দিতেন। ১৮২৪ খৃঃ অঃ ডাং ব্লাণ্ডেল্ সাহেব "শারীরবিজ্ঞান ও নিদানসম্বন্ধীয গবেষণা" নামক সুবিখ্যাত পুস্তক প্রচার করেন। এই পুস্তকে অনেক পরীক্ষার বিষয় লিপিবদ্ধ করা হইয়াছে। ডাং ব্লাণ্ডেল্ সাহেবই সর্ব্বপ্রথম ট্রান্স্ফিউশনের উপকারিতা চিকিৎসকমণ্ডলীমধ্যে প্রচার করেন। যে যে স্থলে ট্রান্স্ফিশন্ দ্বারা ফল হইবার সম্ভাবনা তিনি সমস্তই সবিস্তার বর্ণনা করিয়াছেন। ব্লাণ্ডেল্ সাহেবের পুস্তক প্রচারের পর হইতেই বিশেষ বিশেষ স্থলে ট্রান্স্ফিউশন্ করা যে নিতান্ত আবশ্যক তাহা সকলে বুঝিয়াছেন। কিন্তু যদিও অনেকে ইহা অনুষ্ঠান করিয়া কৃতকার্য্য হইয়াছেন এবং এতৎসম্বন্ধে অনেক উৎকৃষ্ট গ্রন্থ প্রকাশিত হইয়াছে তথাপি ইহা যেরূপ প্রচলিত হওয়া কর্ত্তব্য সেরূপ হয় নাই। বিগত কয়েক বৎসর হইতে অনেক বিখ্যাত চিকিৎসক ইহাতে অধিক অভিনিবেশ করিয়াছেন।

তন্মধ্যে ইংলণ্ডের হিগিন্‌শন, ম্যাক্‌ডোনেল, হিক্স, আভেলিং এবং শ্বেফার ও অন্যান্য দেশের পেনাম্‌, মার্টিন্‌ ও ডি বেলিনা সাহেবেরা উক্ত প্রক্রিয়া বিশদরূপে বর্ণনা করিয়াছেন।

ট্রান্স্‌ফিউশনের উদ্দেশ্য ও স্বরূপ।

প্রসবান্তে অতিরিক্ত রক্তস্রাব হইলে ট্রান্স্‌ফিউশন্‌ প্রধানতঃ ব্য হইয়া থাকে। সূতিকাক্ষেপ ও সূতিকাজ্বর প্র রোগেও ইহাদ্বারা উপকার হয় বলিয়া কথিত এই শেষোক্ত রোগসমূহে ট্রান্স্‌ফিউশন্‌ দ্বারা উপকার হওয়া হইলেও ফল কিরূপ হয় তাহা জানা নাই; সুতরাং এস্থলে কেবল ইহাদ্বারা কি ফল হয় তাহাই বলা যাইতেছে। অতিরিক্ত র অপরের দেহ হইতে রক্ত লইয়া রোগীর দেহে সঞ্চালিত ক দুইটি কার্য্য হয়। ১ম স্রাবিত রক্তের পরিবর্ত্তে কতকটা প্রদত্ত রক্ত হৃৎপিণ্ডের সঙ্কোচ বৃদ্ধি করে এবং এইরূপে য দেহে রক্ত উৎপন্ন না হয় ততক্ষণ রক্তসঞ্চলন হইতে হইতে যে পরিমাণে রক্ত লইয়া রোগীর দেহে প্রবিষ্ট রক্তের ক্ষতি পূরণ করিতে সমর্থ হয় না। কারণ প্র সামান্য। ট্রান্স্‌ফিউশন্‌ দ্বারা হৃৎপিণ্ডের যে উ কার্য্যকারী। রোগীর জীবনীশক্তি একেবারে ফিউশন্‌ করিতে পারিলে বিশেষ ফল দর্শে।

ইতর জন্তুর রক্ত ব্যবহার।

প্রথম প্রথম যখন ট্রান্স্‌ফিউশন করা বিশেষতঃ মেষরক্ত প্রভৃতি পণ্ডিতগণ রক্ত বিশেষতঃ যেসকল জন্তুদিগের রক্ত ক্ষুদ্র, (যেমন মেষ প্রভৃতি জন্তুর) মা পারে। ঐ রক্তে যদি অধিক অঙ্গ অল্পমাত্রায় মানবদেহে চালিত সম্ভাবনা নাই। কিন্তু ল্য করিয়াছেন যে ইতর প্রাণী পযোগী। যদি সঞ্চালিত

স্ফীত ও বিবর্ণ হয় এবং রক্তের শিরামে স্বীয় রঞ্জক পদার্থ চালিয়া দেয়। অত-এব ইতরজন্তুর রক্ত কখনই ব্যবহার করা উচিত নহে।

দেহ হইতে রক্ত বাহির করিলেই জমাট বাঁধা উহার স্বধর্ম্ম। এই জন্য
ন জমাট বাঁধিলে ট্রান্সফিউশন করা কঠিন হইয়া পড়ে। রক্ত বাহিরে
স্‌ফিউশন্ করা আনিয়া বায়ু লাগাইলে ৩।৪ মিনিটে অথবা আরও শীঘ্র
হয়। রক্তে ফিব্রিন্ জমাট বাঁধে। রক্ত জমাট বাঁধিতে আরম্ভ
উহা আর অন্য দেহে চালিত হইবার উপযোগী থাকে না। যন্ত্রদ্বারা
চালিত করা কঠিন বলিয়াই যে জমাট রক্ত অন্য দেহে চালিত
যোগী কেবল তাহা নহে, রক্ত জমিয়া গেলে যদি ঐ জমাট রক্ত
ন প্রকারে চালিত করা যায়, তাহা হইলে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ফিব্রিণের
ড়ীর মধ্যে আটকাইয়া ধমনী সমবরোধন উৎপন্ন করিয়া বিপদ
অতএব রক্ত জমাট বাঁধা নিবারণ করিতে না পারিলে অতি
বাঁধিবার পূর্ব্বে রক্ত সঞ্চালিত করিতে পারা যায় এরূপ
শ্যক। এই অসুবিধাটির জন্যই ট্রানস্‌ফিউশন্ সম্বন্ধে
বস্তুতঃ ট্রানস্‌ফিউশন্ করিবার সময় যেরূপ ধৈর্য্য ও
কিৎসার মধ্যে এরূপ আর কুত্রাপি নহে। আসন্ন
হার সহকারী যাহাতে প্রত্যুৎপন্নমতিত্ব অবি-
য কর্ত্তব্য।
প হয় তাহা নিরাকরণের জন্য আজ কাল
য অবলম্বিত হইয়াছে। তিন প্রকারে এই
করা যায়। প্রথম--রক্তে বায়ু লাগিতে না
স্তে চালিত করিলে জমাট বাঁধিতে
সাহেবেরা বলেন। দ্বিতীয়—রাসা-
প দেওয়া। তৃতীয়—রক্ত জমাট
ব্রিন্ ছাঁকিয়া কেবল লাইকর্
পদ্ধতির সুবিধা ও অসুবিধা
বলম্বন করা যাইবে তাহা

ডাং অ্যাভেলিং সর্ব্বপ্রথমে অগৌণে ট্র্যান্‌স্‌ফিউশন্ করিবার পদ্ধতি চিকিৎ-
অগৌণ ট্র্যান্স্‌ফিউশন্। সকমণ্ডলী মধ্যে প্রকাশ করেন। তিনি অতিকৌশলে
অ্যাভেলিংএর পদ্ধতি। একটি যন্ত্র নির্ম্মাণ করিয়াছেন। এই যন্ত্রটির গঠন অ
কল হিগিন্‌সনের পিচকারীর ন্যায়, তবে ইহা তদপেক্ষা অনেক ক্ষুদ্র ও ই
ভাল্‌ব্ নাই। যন্ত্রটির উভয় দিকে রৌপ্য নির্ম্মিত এক একটি ক্ষুদ্র ক
আছে। একটি ক্যানুলা যাহার হস্ত হইতে রক্ত লওয়া হইবে তাহা
শিরায় অপরটি রোগীর হস্তের শিরায় বিদ্ধ করিতে হয়। পরে পি
কৌশলে চালিত করিলে একের হস্ত হইতে রক্ত অপরের হ
কৌশলে পিচকারি চালাইতে হয় তাহা পরে বলা যাইবে
চালান যদি কঠিন না হইত তাহাহইলে ইহারারা ইষ্টসিদ্ধি
চিকিৎসকগণ এই যন্ত্রটির অনেক সমাদর করিয়াছেন।
বলেন যে যন্ত্রটি দেখিলে সহজে চালান যায় বলিয়া মনে
কিন্তু প্রকৃত পক্ষে তাহা নহে। অধিক অভ্যাস না থ
বড় কঠিন।. যন্ত্রের সহিত যে ছাপান কাগজ থাকে ত
বিধি লেখা আছে। ডাং প্লেফেয়ার্ ঐ কাগজ দেখিয়
যন্ত্র চালাইতে অনুরোধ করেন; কিন্তু কেহই স
নাই। অভ্যাসদ্বারা নিশ্চয়ই যন্ত্রটি চালান স
যথায় ট্র্যান্‌স্‌ফিউশন্ সত্বর করিতে হইবে তথা
বার সময় পাওয়া যায় না। বিশেষতঃ কে
করিতে হইলে যাহাতে অভ্যাস না থাকি
করা কর্ত্তব্য। এই যন্ত্রসম্বন্ধে আরও ত
হইলে অনেকগুলি সহকারী আব
হইতে রক্ত লওয়া যাইবে তাহার
প্রান্ত রক্ত পাওয়া অসম্ভব। কে
একেবারে বিচলিত হইবার স
এই পদ্ধতি অনুমোদন করে
বিযুক্ত করিয়া কার্য্য ক
কার্য্য করিলে যে ফল প

রুসল্ সাহেব অগৌণ ট্রান্স্‌ফিউশন্ করিবার আর এক প্রথা বাহির
রুসেলের পদ্ধতি। করিয়াছেন। তাঁহার যন্ত্রটিতে অনেক সুবিধা আছে
দহ নাই। তিনি এই যন্ত্রদ্বারা ট্রান্স্‌ফিউশন্ করিবার উপায় সহজ
গাছেন। যন্ত্রটি দুর্ম্মূল্য ও নির্ম্মাণকৌশল অত্যন্ত জটিল বলিয়া সর্ব্ব
ণে ব্যবহৃত হইবার সম্ভাবনা নাই।

ব্‌স্টেট্রিক্যাল সোসাইটি" নামক সমাজে স্কেফার্ সাহেব যে সকল
পদ্ধতি। প্রবন্ধ পাঠান তন্মধ্যে ট্রান্স্‌ফিউশন্ করিবার দুইটি
ত হইয়াছে। ১ম—শিরা হইতে শিরায়। ২য়—ধমনী হইতে
াহার মতে অপরের ধমনী হইতে রক্ত লইয়া রোগীর ধমনীতে
র্ব্বোৎকৃষ্ট, কেন না ইহাতে বিশুদ্ধ অম্লজানযুক্ত রক্ত চালিত
অবস্থা ত্বরায় ভাল হইয়া উঠে। কিন্তু স্কেফার্ সাহেবের
কছু জটিল এবং বোধ হয় ইহা সর্ব্ব সাধারণে প্রচলিত
ফার্ সাহেবের অগৌণ ট্রান্স্‌ফিউশনের পদ্ধতি অতি
করিবার চেষ্টা করা সকলের উচিত। স্কেফার্ সাহেব
অনেকবার অনুষ্ঠান করেন। কোন মানবের উপর
্ না বলা যায় না। কিন্তু ইহা যেরূপ সহজে
াতে মানবের উপর অনুষ্ঠান করা আদৌ কঠিন
পদ্ধতি স্কেফার সাহেব স্বয়ং যেরূপ বর্ণনা
ত হইবে।

ধা হয় তাহা নিরাকরণ করিবার দ্বিতীয়
জমাট বাঁধিবার পূর্ব্বে রক্তে কোন রাসা-
যাগ করা। কোন কোন লবণের এই
াহাদিগকে রক্তের সহিত মিশ্রিত
বাঁধে না এবং ঐ মিশ্রিত রক্ত
হয় না। ওলাউঠা রোগে এই
যা কোন অনিষ্ট হইতে দেখা
অনুমোদন করেন। তিনি
াডা গুলিয়া ইহা হইতে

৬ আউন্স লইয়া রক্তের সহিত মিশ্রিত করিতে বলেন এবং এই রক্ত রোগীর দেহে চালিত করিতে বলেন। তিনি ৪ টি স্থলে এইরূপে রক্ত জমাট বাঁধিতে দেন নাই। এই প্রথায় রক্ত জমাট না বাঁধিলে ধৈর্য্য ও বিবেচনার সহিত ক্রিয়া করিতে পারা যায় বটে, কিন্তু ইহার প্রক্রিয়া কিছু জটিল। আবার সময়ে প্রয়োজনীয় রাসায়নিক পদার্থ না পাওয়া যাইতে পারে। ইহা একটি আপত্তি এই যে রাসায়নিক পদার্থ মিশ্রিত করিলে রক্তের অধিক হয়। এই পরিমাণের আধিক্য জন্য হৃৎপিণ্ডের ক্রিয়া চ ইষ্টসিদ্ধি বিষয়ে বিঘ্ন ঘটে। ট্রান্সফিউশন্ করিবার জন্য অধিক রক্ত প্রবেশ করান কর্ত্তব্য নহে। ডাং রিচার্ডসন্ ব আইকর্ এমোনিয়া ২০ বিন্দু জলে মিশ্রিত করিয়া এক আউন্স রক্ত জমাট বাঁধিতে পায় না।

রক্ত হইতে ফিব্রিণ্ বিযুক্ত করা।

রক্ত হইতে ফিব্রিণ্ বিযুক্ত করাই রক্ত জমাট বাঁ উপায়। এই উপায়টি সর্ব্বাপেক্ষ ডবলিন নগরের ডাং ম্যাকৃ মোদন করেন এবং তিনি কয়েকটি স্থলে ইহা অবল ছেন এরূপ উল্লেখ করেন। বার্লিনের মার্টিন্ সাহে সাহেবও এই পদ্ধতির পক্ষপাতী। রক্ত হইতে অতি সহজ এবং কয়েক মিনিটের মধ্যে সম্প একটি সুবিধা এই যে রোগী এবং অন্যান্য পৃথক্ করা যাইতে পারে। এইরূপ কর না এবং যে ব্যক্তির হস্ত হইতে রক্ত উপস্থিত থাকিতে হয় না। শস্ত্রক্রি রক্ত দান করে সে রোগীকে মুমূর্ষু হিক্স্ বলেন যে তজ্জন্য তাহা পারে। পেনাম্, ব্রাউন্ সিক্যা পর স্থির করিয়াছেন যে রক্তমা পারে; সুতরাং ফিব্রিণ পৃথক করিয়া লইয়া ত

কণের মধ্যেই ঐ রক্তে আবার ফিব্রিণ্ উৎপন্ন হয় এরূপ প্রমাণ করা হইয়াছে।
আজকাল অনেক পণ্ডিত বলেন যে ফিব্রিণ্ রক্তের পক্ষে অত্যাবশ্যক নহে,
ং ইহা ত্যাজ্য পদার্থ। দেহের বিভিন্ন উপাদান অপকৃষ্ট হইয়াই ফিব্রিণ্
ব করে, সুতরাং ইহা পৃথক্ করিলে অপকার না হইয়া বরং উপকার
ক্ত হইতে ফিব্রিণ্ বিযুক্ত করিয়া ঐ রক্ত চালিত করায় আর এক
ই যে রক্তকণাসকলে বায়ুসংযোগ হইতে পায়। ইহার ফল এই যে
ু রক্তকণাদ্বারা আচোষিত হয় এবং অঙ্গারাম্লবায়ু ত্যক্ত হয়. সুতরাং
মিশ্রিত রক্তদ্বারা ব্রাউন্ সিক্যুয়ার্ড্ যে দোষ আশঙ্কা করেন তাহা
। এই সকল কারণে রক্ত হইতে ফিব্রিণ্ পৃথক্ করিবার আর
খা যায় না বরং সুবিধাই দেখিতে পাওয়া যায়। ফিব্রিণ্ পৃথক্
ছাঁকিয়া লইতে হয় তাহা হইলে ফিব্রিণের কোন অংশ
লিত হইবার আশঙ্কা থাকে না সুতরাং ধমনী সমবরোধ
না। ডাং প্লেকেয়ার্ এই পদ্ধতি অনুসারে কেবল ৩টি
র মধ্যে ২টিতে আশাতীত ফল পান। তিনি এই পদ্ধ-
নি বলেন যে এই উপায়ে ট্রান্স্ফিউশন্ করা যেমত
ক্রিয়াই নহে। ডাং ম্যাক্ডোনেল্ও তাহাই বলেন।
াগীর শিরামধ্যে গরম সদ্য দুগ্ধ চালিত করিবার
াছে। টরন্টোবাসী ডাং হডার্ ইহা প্রথমে
ডাং টমাস ইহা উদ্ভাবিত ও প্রচলিত
দুইবার ইহা ব্যবহার করিয়াছিলেন।
পরীক্ষা দ্বারা স্থির করিয়াছেন যে
ায় দুগ্ধও উপযোগী এবং শিরামধ্যে
দুগ্ধের চিহ্নমাত্র দেখা যায় না।
স্ত অনিষ্ট হয় এবং দুগ্ধের সহিত
ন্ত অপকার করা সম্ভব। তিনি

নাই বলিয়া উহার ফল
না যায় না তবে ইহাই

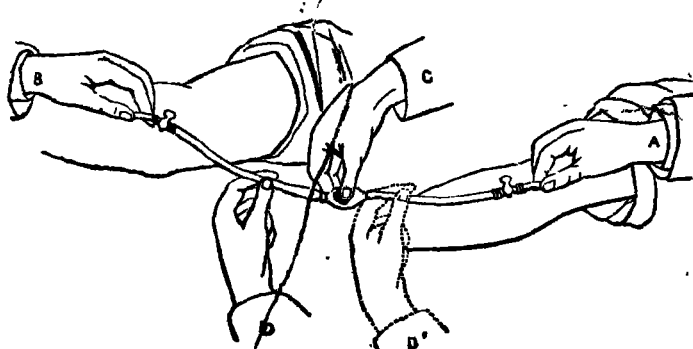
তালিকা। নিঃসন্দেহে বলা যাইতে পারে যে অনেক সময়ে সকল প্রকারে বিফলপ্রযত্ন হইয়াও রোগীকে আসন্ন মৃত্যু হইতে রক্ষা করা গিয়াছে অধ্যাপক মার্টিন্ সাহেব ৫৭টি স্থলে ট্রান্স্ফিউশন্ করেন ইহার ৪৩টি ক্ষণিক উপকার হয় আর অবশিষ্ট ৭টিতে কোন ফল হয় নাই। লিভারপ ডাং হিগিন্সন্ ১৫টির মধ্যে ১০টিতে কৃতকার্য্য হইয়াছেন। এই সক দেখিয়া অনেক আশা করা যায়। ভবিষ্যতে যে ইহাদ্বারা অনেক হইবে তাহা বুঝা যাইতে পারে। অতএব ধাত্রীচিকিৎসক মাত্রে অবহেলা করা উচিত নহে। অতিরিক্ত রক্তস্রাবে কাহাকেও দেখিলে নিশ্চেষ্ট থাকা কর্ত্তব্য নহে। ক্রমশঃ অধিক পরীক্ষা স্থলেও ট্রান্স্ফিউশনের উপকারিতা উপলব্ধি হইবে।

ট্রান্স্ফিউশন্ করিতে কি কি বিপদের সম্ভাবনা। ট্রান্স্ফিউশন্ করিবার সময় ফিব্রিণের ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র খ ধমনী কি শিরা সমবরোধন উৎপ ঘটাইতে পারে। বায়বীয় পরমাণ শীঘ্র শীঘ্র কিম্বা অধিকপরিমা হৃৎপিণ্ডের ক্রিয়ার চাঞ্চল্য ঘটিয়া, বিপদ হইতে প সাবধান হইয়া কার্য্য করিলে কোন বিপদ ঘটিবা স্থলে ট্রান্স্ফিউশন্ করা হইয়াছে তাহার মারাত্মক হইতে শুনা যায় নাই। ইহাও স্ম সম্পূর্ণ আশাতীত না হইলে কখন ট্রান্স আশা না থাকিলে, যে কোন শস্ত্রক্রিয়াদ্ব তাহাই অনুষ্ঠান করা প্রশস্ত।

ট্রান্স্ফিউশন্ যেসকল স্থানে করা কর্ত্তব্য। প্রসব কিম্বা গর্ভপাতের পর অতি সন্ন হইয়া পা রক্তস্রাব কি হইয়া ভয়ানক অবসাদ লক্ষণ দে প্রথমে অন্যান্য সহজ উপায়ে তাহাতে কোনমতে কৃতক শন্ করিতে হয়। রে

মণিবন্ধে নাড়ীর গতি অনুভব করিতে না পারিলে অথবা যৎসামান্য মাত্র অনুভূত হইলে, রোগী গিলিতে অক্ষম হইলে কি ক্রমাগত বমন করিলে, সংজ্ঞা হীন অবস্থায় থাকিলে, আক্ষেপ কি মূর্চ্ছা হইলে, শ্বাসপ্রশ্বাস অতি ধীরে কি অতি দ্রুত হইলে, দীর্ঘ নিশ্বাস ক্রমাগত পড়িলে এবং চক্ষুর কণীনিকা আলোকে স্থির থাকিলে রোগীর সমূহ বিপদ বুঝিতে হইবে। এরূপ অবস্থায় ই ট্রান্‌স্‌ফিউশন করিতে পারিলে রোগীকে বাঁচাইবার আশা করিতে ়। পূর্ব্বে যেসকল লক্ষণ বর্ণনা করা গেল তাহার মধ্যে দুই একটি লই যে সাধারণ উপায়ে চিকিৎসাদ্বারা আরোগ্যের আশা থাকে ;, বরং সাধারণ উপায়ে চিকিৎসাদ্বারা রোগীকে আসন্ন মৃত্যু অনেকে দেখিয়াছেন। কিন্তু পূর্ব্বকথিত লক্ষণের অনেকগুলি লে আরোগ্যসম্ভাবনা অনেক কমিয়া যায়, সুতরাং তখন সম্পূর্ণ যুক্তিসঙ্গত। কেবল ট্রান্‌স্‌ফিউশন্ জন্য কাহারও না যায় নাই। ধাত্রীচিকিৎসায় অন্যান্য শস্ত্রক্রিয়ার ন্যায় করিয়া প্রায়ই সমধিক বিলম্বে অনুষ্ঠিত হয় বলিয়া বুঝিতে পারে না। যে সকল স্থলে ট্রান্‌স্‌ফিউশন্ রোগীর শ্বাসপ্রশ্বাস বন্ধ হইয়া মৃত্যু হইবার পর হ কেহ বলেন যে জরায়ু দৃঢ় সঙ্কুচিত না হইলে যে রক্ত রোগীর দেহে প্রবিষ্ট করান যায় বার নিঃসৃত হইয়া যায়। কিন্তু অতি অল্প ন। এরূপ ঘটিলে জরায়ুমধ্যে পার্ক্লো- রক্তপাত বন্ধ করা যাইতে পারে। নটি পদ্ধতি বর্ণিত হইবে। প্রথম ও র্‌স্কার সাহেবদিগের অগৌণ ট্রান্‌স্- তীয়টি ফিব্রিণ্ বিহীন রক্ত প্রবেশ ইহার জন্য যেসকল অসংখ্য যন্ত্র য়োজন; কারণ এই সকল যন্ত্র লিত হইবে না। ঐ সমস্ত ান্‌স্‌ফিউশন্ করিবার

জন্য যত দিন কোন বিশেষ যন্ত্রের আবশ্যক হইবে ততদিন ইহাদ্বারা বিশেষ উপকারের আশা নাই। কারণ অকস্মাৎ ট্রান্স্ফিউশন্ করা আবশ্যক হইলে উহার জন্য বিশেষ যন্ত্র পাওয়া না যাওয়াই সম্ভব। অতএব যাহাতে অতিসহজে ও নিরাপদে ট্রান্স্ফিউশন্ করিতে পারা যায় তাহাই করা কর্ত্তব্য। অধিকাংশ স্থলে সাধারণ পিচকারী দ্বারা ট্রান্স্ফিউশন্ করিয়া কৃতকার্য্য হওয়া গিয়াছে। কোন স্থলে অন্য কোন যন্ত্র না পাওয়ায় একটি বালকের খেলিবার পিচকারীদ্বারা কার্য্য নির্ব্বাহ হইয়াছে শুনা গিয়াছে। ডাং প্লেফেয়ার বলেন যে তিনি একবার ট্রান্স্ফিউসন্ করিবার বিশেষ যন্ত্র ব্যবহার করিয়া কৃতকার্য্য হইতে না পারায় একটি সাধারণ পিচকারীদ্বারা ইষ্ট লাভ করেন।

আভেলিং সাহেবের অগৌণ ট্রান্স্ফিউশন্ প্রথা।

অগৌণ ট্রান্স্ফিউশন্ করিতে হইলে যাহার হস্ত হইতে রক্ত লইতে হইবে তাহাকে রোগীর নিকট উপবেশন করাইয়া রোগী ও রক্তদাতার হস্তের শিরা কাটিতে হয় এবং ঐ কাটাস্থানে যন্ত্রের উভয় পার্শ্বের রৌপ্য ক্যানুল্যা প্রবিষ্ট করাইতে হয়। (চিত্র দেখ)। রক্তদাতার বাহু হইতে বাল্‌ব্ পর্য্যন্ত যে নলীটি গিয়াছে তাহা টিপিয়া ধরিতে হয় টিপিয়া ধরিলে নলীমধ্যস্থ বায়ু সরিয়া যায় এবং রক্তদাতার হস্ত হইতে যন্ত্রের বাল্‌বে রক্ত আইসে। তাহার পর ঐ নলীটি ছাড়িয়া দিয়া অপর নলীটি টিপিতে হয় এবং তৎসঙ্গে বাল্‌বে চাপ দিলে রোগীর শিরায় রক্ত প্রবেশ করে। যন্ত্রের বাল্‌বে প্রায় ২ ড্রাম্ রক্ত ধরে।

রোগীর দেহে কতখানি রক্ত দেওয়া গেল জানিতে ইচ্ছা হইলে বাল্বটি কতবার খালি করা গেল জানিলেই চলিতে পারে। পিচকারিটি প্রথমে জলপূর্ণ করিয়া ঐ জল রোগীর শিরামধ্যে দিয়া তাহার পর রক্ত নিলে শিরামধ্যে বায়ুপ্রবেশের ভয় থাকে না।

স্কেফার্ সাহেবের অগৌণ ট্রান্‌স্‌ফিউশন্ প্রথা।

শিরামধ্যে অগৌণে রক্তপ্রবেশের প্রথা।

উপযুক্ত গঠন ও আকৃতি বিশিষ্ট কাচনির্ম্মিত দুইটি ক্যানুল্যা সংগ্রহ করিতে হয় এবং ইহাতে ৭ ইঞ্চ্ লম্বা ও ¼ ইঞ্চ্ ছিদ্রযুক্ত কাল রবারের নল লাগাইতে হয়। এই যন্ত্রটি সহজে প্রস্তুত করা যাইতে পারে। একটি পাত্রে অল্প কার্ব্বনেট

আবশ্যক যন্ত্র।

অফ্ সোডা গরম জলে গুলিয়া তাহাতে ট্রান্‌সফিউ-

কার্য্যপ্রণালী।

শনের নলটি রাখিতে হয়। রোগীর হস্তের যে স্থানে শিরা কাটিতে হইবে তাহার নিম্নে ও উর্দ্ধে ফিতা দিয়া বাঁধিতে হয়। তাহার পর অস্ত্রপাত করিয়া ত্বক্ কাটিতে হয়। যদি শিরার অবস্থান ত্বকের উপর হইতে নির্ণয় করা না যায় তাহা হইলে আড়ভাবে কাটা উচিত। পরে শিরাটি ফর্সেপ্‌স্ দ্বারা ধরিয়া সাবধানে উহাকে অন্যান্য উপাদান হইতে পৃথক্ করিয়া একখণ্ড তীক্ষ্ণাগ্র তাস তাহার নিম্নে প্রবেশ করাইতে হয়। এখন কাঁচির অগ্রভাগ দ্বারা শিরায় বক্রভাবে একটি ক্ষুদ্র ছিদ্র করিয়া ঐ ছিদ্রমধ্যে কোন অতীক্ষ্ণ যন্ত্র (পশমবোনাকাটি) প্রবেশ করাইতে হয়। তাহার পর উর্দ্ধের ফিতাটি খুলিয়া দিতে হয়। রক্তদাতার হস্তেও ঠিক উক্তরূপে দুই স্থানে ফিতা দিয়া বাঁধিতে হয় এবং উক্তপ্রকারে অস্ত্রদ্বারা তাহার ত্বক্ কাটিয়া শিরা বাহির করিতে হয়। কেবল আড়ভাবে না কাটিয়া লম্বাভাবে কাটা উচিত। শিরাটি ফর্সেপ্‌স্ দিয়া ধরিয়া উহাকে অন্যান্য উপাদান হইতে পৃথক্ করিয়া একটু সূতা দিয়া বাঁধিতে হয় এবং নিম্নে একখানি তাসও প্রবেশ করাইতে হয়। শিরাটির যে স্থানে সূতা দিয়া বাঁধা আছে তাহার উর্দ্ধে কাঁচিদ্বারা একটি ক্ষুদ্র ছিদ্র করিতে হয়। এখন

ট্রান্সফিউশনের নলটি সোডার জল হইতে লইয়া একটি ক্যানুলা, রক্তদাতার শিরায় প্রবেশ করাইতে হয় এবং তথায় একটি গ্রন্থিদ্বারা বাঁধিয়া রাখিতে হয়। কিন্তু গ্রন্থিটি যাহাতে সহজে খোলা যায় তাহা করা উচিত। রক্তদাতা, রোগীর শয্যার নিকট গিয়া তাহার হস্তের নিকট হস্ত রাখিবে। রবারের নলের যেদিকে দ্বিতীয় ক্যানুলাটি আছে সেদিক একটু উচ্চ করিয়া ধরিতে হয়। পরে রক্তদাতার হস্তের দ্বিতীয় ফিতাটি খুলিয়া দিতে হয়। দ্বিতীয় ক্যানুলা দিয়া রক্ত বাহির হইবামাত্র ক্যানুলার নিকটস্থ নলটি চাপিয়া ধরিতে হয়। তাহা হইলে রক্ত পড়িয়া যাইতে পায় না। রোগীর শিরা হইতে পশমবোনা কাটি খুলিয়া তাহার স্থানে দ্বিতীয় ক্যানুলা প্রবেশ করাইতে হয়। এরূপ করিলে রক্তদাতার শিরা হইতে রোগীর শিরায় রক্ত যায়। তিন মিনিট্ কাল এইরূপ করিলেই যথেষ্ট হইতে পারে। রক্তদাতার শিরা ক্যানুলার নিম্নে চাপিয়া ধরিতে হয়। এখন উভয়ের হস্ত হইতে ক্যানুলা খুলিয়া লইয়া রক্তদাতার শিরার বন্ধনী খুলিয়া দিতে হয়। ক্ষতস্থান সাধারণ নিয়মে চিকিৎসা করা উচিত। ট্রান্সফিউশন্ করা হইয়া গেলে রক্তদাতার হস্তের সকল বন্ধনী খুলিয়া দেওয়া উচিত। ট্রান্সফিউশনের নল খালি ব্যবহার না করিয়া সোডার জল দিয়া পূর্ণ করিয়া ব্যবহার করিলে বায়ু প্রবেশের আশঙ্কা থাকে না। নলের ভিতর দুই একটি স্প্রিং রাখা উচিত তাহা হইলে সোডার জল বাহির হইয়া যাইতে পারে না। এইটিই উত্তম পদ্ধতি, কারণ ইহাতে দ্বিতীয় ক্যানুলা প্রবেশের পূর্ব্বে রক্তদাতার হস্ত হইতে রক্ত বাহির করিতে হয় না। প্রথম নলের স্প্রিং চাপিয়া তাহার পর রক্ত দিলে বায়ু প্রবেশের আশঙ্কা থাকে না। যে অল্প কার্ব্বনেট্ অফ্ সোডা লওয়া যায় তাহাতে রোগীর কোন অনিষ্ট হয় না। কোন্ ধমনী হইতে সর্ব্বাপেক্ষা সহজে রক্ত লওয়া যাইতে পারে

ধমনী মধ্যে রক্ত প্রবেশ প্রথা।

প্রথমে তাহা বিচার করা আবশ্যক। বাম হস্তের রেডিয়াল্ ধমনীই মনোনীত করা কর্ত্তব্য এবং এই ধমনী হইতে রক্ত লইলে রক্তদাতার কোন অসুবিধা হয় না। তবে কোন কারণবশতঃ অন্য ধমনী মনোনীত করিতে হইলে চরণের ডর্সাল্ ধমনী মনোনীত করিলে অনেক সুবিধা হয়। কারণ ইহা একটি ক্ষুদ্র ধমনী তথাপি ক্যানুলা প্রবেশের উপযোগী। ইহা ত্বকের নিম্নেই অবস্থিতি করে এবং অনায়াসে পাওয়া যায়।

রক্তদাতাকে দণ্ডায়মান করাইলে ডর্সাল্ ধমনীতে চাপ পড়ে ও অধিক রক্ত বাহির হয়। কিন্তু রোগীর ত্বকের নিম্নে অধিক মেদ থাকিলে এই ধমনীটি তত সহজে পাওয়া যায় না।

যে যে যন্ত্র আবশ্যক। ৬।৭ ইঞ্চ্ লম্বা একটি রবারের নল; উপযোগী গঠন ও আকৃতি বিশিষ্ট কাচনির্ম্মিত দুইটি ক্যানুলা এবং স্প্রিং ক্লিপ। ধমনী চাপিবার জন্য দুইটি ক্লিপ্ ছোট হওয়া আবশ্যক অবশিষ্ট ক্লিপ্ নল চাপিবার জন্য বড় থাকা আবশ্যক। ছোট ক্লিপ্ না থাকিলেও চলে এবং তদভাবে লোয়ার্ সাহেবের মতানুসারে স্লিপ্‌বো (ক্ষুদ্র ধনু) দ্বারা ধমনীতে বন্ধনী প্রয়োগ করা উচিত। শস্ত্রক্রিয়া আরম্ভ করিবার পূর্ব্বে ক্যানুলা হইতে যাহাতে রবারের নল খুলিয়া না যায় তাহা করা অত্যন্ত আবশ্যক। ক্যানুলার সহিত রবারের নল সূতা কি তার দিয়া দৃঢ় রূপে বন্ধন করা কর্ত্তব্য। ইহা না করিলে ধমনীস্থ রক্তের চাপে ক্যানুলা হইতে নল খুলিয়া গিয়া অতিরিক্ত রক্তস্রাব হয়।

কার্য্য প্রণালী। রোগীর ধমনী প্রথমে বাহির করা উচিত। ধমনীর গতি অনুযায়ী ত্বকের উপর এক ইঞ্চ্ লম্বা অস্ত্রপাত করিতে হয় তাহার পর ত্বকের নিম্নস্থ মেদ অন্যান্য উপাদান পরিষ্কার করিতে হয়। ধমনীর আবরণ ও সহচরশিরা হইতে ধমনীটি প্রায় ½ ইঞ্চ্ পৃথক করিতে হয়। পৃথক্ করিবার জন্য উভয়ের ব্যবধান মধ্যে কোন অতীক্ষ্ণ যন্ত্র যথা এনিউরিজম্ সূচি অথবা ফর্সেপ্‌স্‌এর একার্দ্ধ প্রবেশ করাইয়া উর্দ্ধ ও অধোভাবে চালিত করিতে হয়। তাহার পর সূচি কি ফর্সেপ্‌স্ বাহির করিয়া ধমনীর নিম্নে একখণ্ড তাস বড় ত্রিকোণ আকারে কাটিয়া রাখিতে হয়। তাহার পর ধমনীর নিম্নাংশ বাঁধিয়া

দিতে হয়। মধ্যস্থলেও আল্গা করিয়া বাঁধিতে হয় এবং ঊর্দ্ধাংশে একটি স্প্রিং ক্লিপ্ লাগাইতে হয়। নিম্ন বন্ধনীর ঠিক উপরে কাঁচি দিয়া ধমনী কাটিতে হয়।

ধমনীর যে স্থল বাহির করা হয় তাহার নিকটে শাখা ধমনী থাকিলে প্রথমে শাখা ধমনীকে বাঁধিয়া তাহার পর ধমনী বাহির করা উচিত। রক্তদাতার ধমনী বাহির করিতেও এইরূপ সাবধান হইয়া কার্য্য কর উচিত। ট্রান্স-ফিউশন্ নলটী মুখদ্বারা টানিয়া সোডার জলে পূর্ণ করিতে হয় এবং যাহাতে ঐ জল বাহির হইয়া যাইতে না পারে তজ্জন্য নলমধ্যে ক্লিপ্ রাখা উচিত।

একটি গ্লাস্ ক্যানুলা রক্তদাতার ধমনীতে এবং অপরটি রোগীর ধমনীতে প্রবেশ করাইতে হয়। এই দুইটি ক্যানুলার শেষ দিক হৃৎপিণ্ডের দিকে অভিমুখীন রাখিতে হয়।

এই সমস্ত প্রক্রিয়া হইয়া গেলে ট্রান্স্ফিউশন্ করিতে হয়। ট্রান্স্ফিউশন্ করিবার সময় রবারের নল হইতে এবং রোগীর ধমনী হইতে ক্লিপ্ দূর করিয়া দিতে হয়। রক্তদাতার ধমনী হইতে ক্লিপ্ দূর না করিয়া এক মিনিট্ কি আবশ্যক মত কিঞ্চিৎ অধিককাল খুলিয়া দিতে হয়। তাহার পর সমস্ত ক্লিপ্ গুলি বন্ধ করিয়া দিতে হয়। ইহাতে রোগীর অবস্থা ভাল হইলে প্রথমে রক্তদাতার ধমনী বাঁধিয়া পরে রোগীর ধমনী বাঁধিয়া দিতে হয়। তাহার পর ধমনীর যে অংশে ক্যানুলা লাগান আছে সেই অংশ কাটিয়া ক্যানুলা বাহির করিয়া দিতে হয়।

ফিব্রিণ্ বিহীন রক্ত প্রবেশ পদ্ধতি। ফিব্রিণ্-বিহীন রক্ত প্রবেশ করাইবার বিভিন্ন পদ্ধতি আছে। ম্যাকডোনেল্ সাহেব যে যন্ত্র প্রস্তুত করিয়াছেন তাহা একটি পিচকারীর মত। মাধ্যাকর্ষণের বলে এই পিচকারি হইতে রক্ত চালিত হয়। পরিচালক শক্তি কম হইলে আধার পাত্রের খোলা মুখে সবলে ফুৎকার দিলে অধিক চাপ দেওয়া যাইতে পারে। ডিবেলিনার যন্ত্রটীও এই প্রণালীতে নির্ম্মিত কেবল উহার একদিকে রিচার্ড্সনের স্প্রে যন্ত্রের ন্যায় ভূবায়ুর চাপ দিবার জন্য একটী যন্ত্র আছে। ইহার গঠন প্রণালী সহজ বটে কিন্তু মাধ্যাকর্ষণ বলে যে যন্ত্র চালিত হয় তাহাতে অধিক বল পাওয়া যায় না। ডাং প্লেফেয়ার্ এই প্রকার যন্ত্রদ্বারা কার্য্য করিতে পারেন নাই। তিনি আভেলিংএর যন্ত্রে বাল্ব্ লাগাইয়া ব্যবহার করেন এবং বলেন

যে ইহা ঠিক হিগিন্‌সনের পিচকারির ন্যায় কার্য্য করে। এই যন্ত্রে একটী রৌপ্য ক্যানুলা লাগাইলে ট্রান্স্‌ফিউশনের জন্য উৎকৃষ্ট যন্ত্র হইতে পারে। ইহার ব্যয় অধিক নহে এবং ইহা অল্প স্থানের মধ্যে লইয়া যাওয়া যায়। এই রূপ যন্ত্রও না পাইলে ছোট নল যুক্ত ছোট পিচকারী ব্যবহার করা যাইতে পারে।

রক্ত হইতে ফিব্রিণ্ পৃথক করিবার উপায়।

যে গৃহে রোগী থাকে তাহার নিকটস্থ অন্য কোন গৃহে রক্ত প্রস্তুত করা কর্ত্তব্য। এক জন সবল ও সুস্থকায় ব্যক্তির হস্ত হইতে রক্ত লওয়া উচিত। কারণ দুর্ব্বল ব্যক্তির দেহের রক্ত তত গুণবিশিষ্ট নহে। কোন কোন স্থলে দুর্ব্বল স্ত্রীলোকের রক্ত ব্যবহার করায় কোন ফল দর্শে নাই। স্ত্রীলোকের রক্ত প্রচুর পরিমাণে পাওয়া না যাইতে পারে তজ্জন্য স্ত্রীরক্ত ব্যবহার না করাই ভাল যদিও দুই তিন জনের দেহ হইতে রক্ত লওয়ায় কোন দোষ নাই বটে, তথাপি ইহাতে কালবিলম্ব হইবার সম্ভাবনা, সুতরাং এরূপ না করাই শ্রেয়ঃ। একটি শিরা কাটিয়া ৮।১০ আউন্স্ রক্ত বাহির করিয়া কোন পরিষ্কার পাত্রে রাখিতে হয়। রক্ত বাহির হইবার সময় একটি রৌপ্য কাঁটা কি কাচের কাটিদ্বারা রক্ত ঘন ঘন নাড়িতে হয়। এই রূপ করিলে অল্প কাল মধ্যে ফিব্রিণের সূতা উৎপন্ন হইতে দেখা যায়। সূতা উৎপন্ন হইলে এক খণ্ড পাতলা মস্‌লিন্ গরম জলে ডুবাইয়া ঐ বস্ত্র দ্বারা রক্ত ছাঁকিয়া অপর একটি পাত্রে রাখিতে হয়। এই পাত্রটি ১০৫° ফঃ তাপবিশিষ্ট জলে ভাসিবে। ছাঁকিয়া লইলে ফিব্রিণ্ ও বায়ুবিন্দু সকল পৃথক হইয়া যায়। এবং ত্বরা না থাকিলে রক্ত দ্বিতীয়বার ছাঁকা কর্ত্তব্য। যে পাত্রে ছাঁকা রক্ত থাকিবে তাহা গরম জলে ভাসাইয়া রাখিলে রক্ত শীতল হইতে পারে না। এই রূপে রক্ত প্রস্তুত করিয়া রোগীর হস্তে অস্ত্রপাত করিতে হয়।

যে শিরায় রক্ত প্রবেশ করাইতে হইবে তাহা যেরূপে বাহির করিতে হয়।

রোগীর যে শিরায় রক্ত প্রবেশ করাইতে হইবে তাহা বাহির করা বড় সহজ নহে। কারণ রোগীর সমস্ত শিরাই রক্তশূন্য বলিয়া সঙ্কুচিত থাকে। ম্যাক্‌ডোনেল্ সাহেবের প্রথাই সর্ব্বাপেক্ষা উত্তম। তিনি বলেন যে বাহু ও হস্তের মধ্যস্থলের খাঁজ হইতে অঙ্গুলিদ্বারা ত্বক উঠাইয়া তন্মধ্যে ছুরিকা কি টেনটমি ছুরিকা প্রবেশ করাইতে হয়। চর্ম্মের উপর এইরূপ একটি বৃহৎ ক্ষত করিলে ঐ

ক্ষতের তলদেশে শিরা দেখা যায়। যে শিরাটি কাটিতে হইবে তাহার নিম্নে একটি প্রোব্ প্রবেশ করাইতে হয়, নতুবা শিরাটি হারাইয়া যাইতে পারে ইহা স্মরণ রাখা কর্ত্তব্য। ডাং প্লেফেয়ার্ একস্থলে একটি শিরা কাটিবেন বলিয়া মনোনীত করেন; কিন্তু শিরার নিম্নে প্রোব্ না দেওয়ায় উহা হারাইয়া যায় বলিয়া আর একটি শিরা কাটিতে বাধ্য হন। ফর্সেপ্স্ দ্বারা শিরা উত্তোলন করিয়া কাঁচি দ্বারা তাহাতে ক্যানুলা প্রবেশের উপযোগী ছিদ্র করিতে হয়।

রক্তচালন। পূর্ব্বকথিত উপায়ে প্রস্তুত রক্ত রোগীর শয্যার নিকট আনিতে হয়। পূর্ব্ব হইতে যন্ত্রমধ্যে রক্ত পুরিয়া রাখিতে হয়, নতুবা যন্ত্রমধ্যে বায়ু প্রবেশেব ভয় থাকে। ক্যানুলাটি শিরাচ্ছিদ্রে প্রবেশ করাইয়া ট্রান্স্‌ফিউশন্ আরম্ভ করিতে হয়। রোগীর দেহে অত্যন্ত ধীরে ধীরে রক্ত প্রবেশ করান কর্ত্তব্য এবং ইহার ফল কিরূপ হইতেছে তাহাও মনোনিবেশ করিয়া দেখা উচিত। যতক্ষণ কোন স্পষ্ট উন্নতির লক্ষণ না দেখা যায় ততক্ষণ রক্ত চালন করিতে হয়। রোগীর হৃৎপিণ্ডের ক্রিয়া আরম্ভ হইলে, মণিবন্ধে নাড়ী পাওয়া গেলে, দেহের উত্তাপ বৃদ্ধি হইলে, শ্বাসপ্রশ্বাস প্রগাঢ় এবং ঘন ঘন হইলে এবং রোগীর জীবন সঞ্চারের অন্যান্য চিহ্ন দেখিলে উন্নতি হইতেছে বুঝিতে হইবে। কখন কখন রোগী হস্ত এদিক ওদিক বিক্ষেপ করে এবং তাহার মুখের পেশীসকলের আক্ষেপিক সঙ্কোচ হয়। সকল স্থলে সমান পরিমাণে রক্ত চালনদ্বারা এই সকল লক্ষণ উপস্থিত হয় না। কিন্তু অনেক স্থলে অতি অল্প পরিমাণে রক্তচালনা করিলে এই সকল লক্ষণ উপস্থিত হয়। কখন কখন ২ আউন্স্ রক্তে উক্ত লক্ষণ উপস্থিত হয়। গড়ে ৪।৬ আউন্স্ রক্ত আবশ্যক হয়। কোন কোন স্থলে ১০।২০ আউন্স্ রক্ত আবশ্যক হইতে দেখা গিয়াছে। যতক্ষণ কোন স্পষ্ট উপকার না হয় ততক্ষণ ধীরে ধীরে রক্ত প্রবেশ করান কর্ত্তব্য। শ্বাসপ্রশ্বাস অতিশয় ঘন ঘন হইলে অথবা উহাতে কষ্ট হইলে বুঝিতে হইবে যে অধিক পরিমাণে রক্ত প্রবেশ করান হইয়াছে, নতুবা অত্যন্ত বেগে ও ঘন ঘন রক্ত চালিত করা হইয়াছে। এরূপ হইলে তৎক্ষণাৎ রক্ত চালন বন্ধ করা উচিত এবং যতক্ষণ পর্য্যন্ত এই সকল লক্ষণ দূর না হয় ততক্ষণ কিছু করা কর্ত্তব্য নহে। কোথাও কোথাও প্রথমে ট্রান্স্‌ফিউশন্ দ্বারা বিশেষ উপকার হইতে দেখা যায়, কিন্তু অল্পক্ষণমধ্যেই আবার সংজ্ঞালোপ হয়।

উত্তেজক ঔষধিদ্বারা ইহা নিবারণ করা যায়। উত্তেজক ঔষধিতে কোন ফল না হইলে আবার ট্রান্স্‌ফিউশন্‌ করিবার বাধা নাই, তবে প্রথমবার ট্রান্সফিউশ-নের ফল একেবারে তিরোহিত হইবার পূর্ব্বে দ্বিতীয়বার করা কর্ত্তব্য।

ট্রান্সফিউশনের গৌণ ফল।

ট্রান্স ফিউশন্‌ করিয়া কৃতকার্য্য হইলে ইহার ভাবীফল কি হয় তাহা উত্তম রূপে জানা কর্ত্তব্য। কোন কোন স্থলে ট্রান্স্‌ফিউশন্‌ করিবার কয়েক সপ্তাহ মধ্যে পায়ীমীয়া (সপূয়জ্বর) রোগ জন্য মৃত্যু হইতে দেখা গিয়াছে। কিন্তু এই সম্বন্ধে আমাদেরবিশেষ জানা নাই বলিয়া কিছু স্থির সিদ্ধান্ত করা যায় না।

পঞ্চমভাগ।

সূতিকাবস্থা।

প্রথম পরিচ্ছেদ।

সূতিকাবস্থা ও তাহার শুশ্রূষা।

সূতিকাবস্থা সম্বন্ধে সম্যকজ্ঞান থাকা নিতান্ত আবশ্যক।

প্রসবের পর স্ত্রীলোকদিগের কিরূপ অবস্থা হয় এবং ঐ সময়ে প্রসূতির শারীরিক কিরূপ পরিবর্ত্তন ঘটে উত্তমরূপে জ্ঞাত থাকিলে সূতিকাবস্থায় যেরূপ শুশ্রূষা আবশ্যক এবং তৎকালীন রোগের যেরূপ চিকিৎসা করিতে হয় তাহা সবিশেষ জানা যাইতে পারে। স্বাভাবিক প্রসব ব্যাপার সুস্থ শরীরের ক্রিয়া তাহাতে সন্দেহ নাই। সুতরাং প্রসব শেষ হইলে কোন প্রকার রোগ হওয়া কর্ত্তব্য নহে। কিন্তু ইহাও স্মরণ রাখা উচিত যে গর্ভকালে কোন স্ত্রীলোকেই সম্পূর্ণ সুস্থ অবস্থায় থাকে না। গর্ভিণী যেরূপ স্থানে বাস করে, সভ্যতার অনুরোধে

আহার ও পরিচ্ছদ সম্বন্ধে যেরূপ আচরণ করে, পরিষ্কার ও পরিচ্ছন্ন থাকিতে যেরূপ অযত্ন করে স্পর্শাক্রামক রোগদ্বারা যেরূপ সহজে আক্রান্ত হইতে পারে তাহাতে প্রসবের পর নানাপ্রকার বিপদ ঘটিবার আশঙ্কা থাকে।

প্রসবকালীন মৃত্যু সংখ্যা।

প্রসবের পর প্রসূতিদিগের মৃত্যুসংখ্যা কত হয় তাহা নির্ণয় করা সহজ নহে। রেজিষ্ট্রার্ জেনারেলের সংগৃহীত ও অন্যান্য যে সকল তালিকা দেখা যায় তাহাতে অনেক ভুল আছে। ডাং ম্যাথিউজ্ ডান্‌ক্যান্ সাহেব বিবিধ স্থান হইতে যে তালিকা সংগ্রহ করিয়াছেন তাহাই অনেকাংশে বিশ্বাসযোগ্য। তিনি বলেন যে পূর্ণকালে অথবা প্রায় পূর্ণকালে প্রসূত ১২০ জন গর্ভিণীর মধ্যে প্রসবের ৪ সপ্তাহ মধ্যে ১ জনের মৃত্যু হয়।

সূতিকাবস্থায় যেরূপ মৃত্যুসংখ্যা হয় বলিয়া সাধারণের বিশ্বাস আছে ম্যাথিউজ্ ডান্‌ক্যান্ সাহেবের সংগৃহীত মৃত্যুসংখ্যা তদপেক্ষা অনেক অধিক। ডাং ম্যাক্লিণ্টক্ যে তালিকা সংগ্রহ করিয়াছেন তাহা পূর্ব্ব তালিকার ন্যায়। তিনি বলেন যে ইংলণ্ড ও ওয়েল্‌সে ১২৬ জনের মধ্যে ১ জনের মৃত্যু হয়। ধনী ও মধ্যবিত্ত শ্রেণীর মধ্যে অনেক যত্ন হয় বলিয়া মৃত্যুসংখ্যা ১৪৬ জনের মধ্যে ১ জন। ম্যাক্লিণ্টক্ সাহেব আজকাল যে তালিকা সংগ্রহ করিয়াছেন তাহাতে বিস্তর গবেষণার পর স্থির হইয়াছে যে প্রসবের পর শতকরা ১ জন স্ত্রীলোকের মৃত্যু হয়। কিন্তু ইহাতেও ভুল আছে। কারণ যেসকল স্ত্রীলোকের রোগের সূচনা পূর্ব্ব হইতেই বর্ত্তমান ছিল তাহাদিগকেও এই তালিকা ভুক্ত করা হইয়াছে। বস্তুতঃ প্রসবের ৪ সপ্তাহের মধ্যে যে কারণেই মৃত্যু হইয়াছে তাহা উক্ত তালিকা ভুক্ত করা হইয়াছে।

কিন্তু প্রসবের পর মৃত্যু হওয়া সম্ভব বলিয়াই যে প্রসূতিদিগের প্রতি অধিক যত্ন করা আবশ্যক তাহা নহে। প্রসবের পর যে অনেক স্ত্রীলোকেরই কঠিন পীড়া থাকিয়া যায়, তাহা চিকিৎসক মাত্রেই অবগত আছেন। কিন্তু ইহার তালিকা সংগ্রহ করা কঠিন। যাহাহউক অধিকাংশ স্ত্রীলোকের প্রসব জন্য পীড়া থাকিতে দেখা যায়।

প্রসবের পর

গর্ভকালে রক্তের কি কি পরিবর্ত্তন ঘটে তাহা এই পুস্তকের প্রথম খণ্ডে বিবৃত করা হইয়াছে। গর্ভকালে রক্তে ফিব্রি-

রক্তের পরিবর্ত্তন। শের অংশ অধিক হয়। সন্তান ভূমিষ্ঠ হইবার পর প্রসূতির দেহে যেসকল পরিবর্ত্তন ঘটে তাহার ফলে ফিব্রিণের অংশ অধিক হইয়া থাকে। গর্ভকালে জরায়ুতে যে রক্ত অধিক পরিমাণে সঞ্চলিত হইত সেই রক্ত প্রসব হইলে অকস্মাৎ বন্ধ হইয়া যায়। বিশেষতঃ জরায়ুর পেশীসূত্র সমূহ স্বভাবে আসিবার জন্য অপকৃষ্টতা প্রাপ্ত হয়। তজ্জন্য রক্তমধ্যে অনেক ত্যাজ্য পদার্থ আসিয়া পড়ে। এই সকল ত্যাজ্য পদার্থ দূরীকৃত করিবার জন্য বৃক্কক্ প্রভৃতি নিঃসারক অন্তঃকোষ্ঠ সকল অধিক কার্য্য করে। এতদ্ভিন্ন জরায়ুব ভিতর দিকে অনেকগুলি রক্তবহা নাড়ীব মুখ খোলা থাকে এবং জরায়ুর প্রাচীরাভ্যন্তরের স্থানে স্থানে ক্ষতযুক্ত হয়। জরায়ুব গ্রীবা ও যোনিতে অল্প অল্প ক্ষত থাকিতে দেখা যায়। এই সকল ক্ষতস্থান দিয়া পচনশীল দ্রব্য আচোষিত হইয়া যে প্রসূতির দেহ বিষাক্ত করিবে তাহা বিচিত্র নহে।

প্রসবের পর অবস্থা। প্রসবের পর যেসকল পরিবর্ত্তন হয় তাহা পর্য্যায়ক্রমে বর্ণনা করা যাইতেছে। এই সকল পরিবর্ত্তন সম্বন্ধে বিশেষ জ্ঞান থাকিলে প্রসবের পর প্রসূতির শুশ্রূষা উত্তমরূপে করিতে পারা যায়।

স্নায়বিক অবসাদ। প্রসবান্তে অধিকাংশ প্রসূতির কিয়ৎপরিমাণে স্নায়বিক অবসাদ হইতে দেখা যায়। কাহার কাহার আদৌ অবসাদ হয় না আবার কাহার কাহার অত্যন্ত অধিক হয়। যাহাদের প্রসব হইতে অধিক কষ্ট ও বিলম্ব হয় তাহাদের অধিক অবসাদ হয়। যে সকল স্ত্রীলোকের প্রসব বেদনা প্রবল হয়, প্রসব হইবার জন্য যাহাদিগকে অত্যন্ত শ্রম করিতে হয় অথবা রক্ত স্রাবজন্য যাহাদিগকে দুর্ব্বল হইতে হয় তাহাদেরই অধিক অবসাদ হইতে দেখা যায়। প্রসবের পর ক্লান্তি বোধ, ক্ষণিক কম্প প্রভৃতি অবসাদের লক্ষণ। অল্পক্ষণের মধ্যেই প্রসূতির নিদ্রাবেশ হয়। প্রসবের পর অনেক দিন পর্য্যন্ত প্রকৃতির স্নায়ুমণ্ডল অল্পেই উত্তেজিত হইতে দেখা যায়, তজ্জন্য প্রসূতিকে বহুকাল পর্য্যন্ত উত্তেজিত করা কর্ত্তব্য নহে।

নাড়ীবেগের হ্রাস। প্রসব হইবার পরেই নাড়ীবেগের হ্রাস হয়। পূর্ব্বে বলা গিয়াছে যে ইহা একটি সুলক্ষণ। ব্লট সাহেব নাড়ীর বিষয় অতিসাবধানে পর্য্যবেক্ষণ করিয়া স্থির করিয়াছেন যে অকস্মাৎ জরায়ুর রক্তসঞ্চলন বন্ধ হয় বলিয়া ধমনীমধ্যে রক্তের চাপও কম হইয়া থাকে। প্রসবের পর অনেক দিন

পর্য্যন্ত অনেকেরই নাড়ীবেগ কম থাকে এবং যতই এরূপ থাকে ততই প্রসূতির মঙ্গল। অনেকস্থলে নাড়ীর স্পন্দনসংখ্যা এত অল্প হয় যে প্রতি মিনিটে ৪০ ৫০ এর অধিক হয় না। স্বাভাবিক নাড়ীর গতি অপেক্ষা প্রসবের পর নাড়ীর গতি কিছু দ্রুত হইলে ভয়ের কারণ হইয়া উঠে। কিন্তু ইহাও স্মরণ রাখা উচিত যে প্রসবের পর অতি সামান্য কারণেও নাড়ীর বেগ বৃদ্ধি হইতে পারে। সামান্য পরিশ্রম কি অন্য কোন কারণে নাড়ীর বেগ বৃদ্ধি হইতে চিকিৎসক মাত্রেই লক্ষ্য করিয়াছেন। সাধারণ সূতিকাগারে এরূপও দেখা যায় যে কোন প্রসূতির মন্দ অবস্থার বিষয় অন্য প্রসূতি শুনিতে পাইলে তৎক্ষণাৎ তাহার নাড়ীর বেগ অত্যন্ত অধিক হয়।

সূতিকাবস্থায় দৈহিক সন্তাপ।

সূতিকাবস্থায় দৈহিক সন্তাপ বিবিধপ্রকার হইতে দেখা যায়। প্রসব বেদনাকালে এবং প্রসব হইবার কিয়ৎক্ষণ পর পর্য্যন্ত দৈহিক সন্তাপ কিঞ্চিৎ অধিক হয়। কিন্তু শীঘ্রই এই সন্তাপ স্বাভাবিক সন্তাপে পরিণত হয় এবং এমন কি স্বাভাবিক অপেক্ষা কম হয়। স্কোএর্ সাহেব বলেন যে প্রসব সমাপ্ত হইবার ১৪ ঘণ্টা এবং কখন কখন ১২ ঘণ্টার মধ্যে দৈহিক সন্তাপের হ্রাস হয়। অল্প দিন পর্য্যন্ত সন্ধ্যাকালে দৈহিক সন্তাপের কিঞ্চিৎ বৃদ্ধি হইতে দেখা যায়। ইহার কারণ এই যে জরায়ু স্বভাবে আসিবার জন্য তাহার উপাদানে অক্‌সিডেশন্ হয় অর্থাৎ তাহার উপাদান অম্লজান বায়ুযুক্ত হইয়া ক্ষয় হয়। প্রসব হইবার ৪৮ ঘণ্টা পর দৈহিক সন্তাপ স্বাভাবিক অপেক্ষা ২।১ ডিগ্রী অধিক হয়, কারণ তখন প্রসূতির স্তনে দুগ্ধসঞ্চার হয়। দুগ্ধক্ষরণ আরম্ভ হইলে সন্তাপের হ্রাস হয়। ক্রিডী বলেন যে প্রসবের পর অতি সামান্য কারণেই (যথা কোষ্ঠবদ্ধ, কুপথ্য ভোজন, মানসিক উদ্বেগ প্রভৃতি) দৈহিক উত্তাপ বৃদ্ধি হইয়া থাকে। কিন্তু কয়েকদিন অবধি দৈহিক উত্তাপ বৃদ্ধি থাকিলে বিশেষতঃ ১০০° ফার্ণহিট্ অপেক্ষা অধিক হইলে কোন আভ্যান্তরিক উপসর্গের আশঙ্কা হয়।

স্বেদ ও ক্লেদ।

প্রসবের পর দেহ হইতে স্বেদ ও ক্লেদ অধিক নির্গত হয়। ত্বকের কার্য্য অধিক হওয়ায় প্রসূতির অত্যন্ত ঘর্ম্ম হয়। প্রস্রাবও প্রচুর পরিমাণে হইয়া থাকে, কিন্তু কাহার কাহার মূত্রত্যাগ করিতে কষ্টবোধ হয়। ইহার দুইটি কারণ আছে। মূত্রাশয়ে দীর্ঘকাল চাপ পড়ায় মূত্রাশয়-

গ্রীবার ক্ষণিক পক্ষাঘাত হয় অথবা মূত্রমার্গ ফুলিয়া উহার পথ রুদ্ধ হইয়া যায়। এই কারণে সরলান্ত্রও কিয়দ্দিন উত্তমরূপে কার্য্য করে না। কাজে কাজেই কোষ্ঠবদ্ধ ঘটে। প্রসূতির ক্ষুধা ভাল থাকে না এবং প্রায়ই তৃষ্ণায় আকুলা হয়।

দুগ্ধ ক্ষরণ।

প্রসব হইবার ৪৮ ঘণ্টার মধ্যে দুগ্ধ ক্ষরণ হইতে থাকে। এই সময়ে প্রসূতির দৈহিক উত্তেজনার লক্ষণ দেখা যায়। স্তনদ্বয় স্ফীত, উষ্ণ ও বেদনাদায়ক হইয়া থাকে। কাহার কাহার জ্বরভাব হয়। নাড়ীর গতি দ্রুত, দেহ উষ্ণ ঈষৎ কম্প এবং অস্বচ্ছন্দতা বোধ এই সকল লক্ষণ কাহার কাহার হইতে দেখা যায়। কিন্তু স্তনে দুগ্ধ আসিলে ও সন্তানকে স্তন্য দান করিলে শীঘ্রই এই সকল লক্ষণ দূর হয়। স্কোএর্ সাহেব বলেন যে দুগ্ধক্ষরণকালে সততই দেহের উষ্ণতা ঈষৎ বৃদ্ধি হয়, কিন্তু নিঃসৃত হইলেই কমিয়া যায়। বার্কার্ সাহেব ৫২ টি প্রসূতির মধ্যে কেবল ৪টির দৈহিক উত্তাপ বৃদ্ধি অথবা নাড়ীর গতি দ্রুত হইতে দেখিয়াছেন।

দুগ্ধজ্বর স্বাভাবিক ঘটনা।

সূতিকাবস্থায় "দুগ্ধজ্বর" স্বাভাবিক ঘটনা কি না সন্দেহ স্থল। অতি অল্পসংখ্যক স্থলেই দুগ্ধক্ষরণকালে জ্বরাদি লক্ষণ প্রকাশ পায়। ম্যাক্যান্ সাহেব ৪২৩টি প্রসূতির মধ্যে ১১৪ জনের দৈহিক উত্তাপ বৃদ্ধি হইতে দেখেন নাই অর্থাৎ শতকরা ২৭ জনের দৈহিক সন্তাপবৃদ্ধি হয় নাই। ২২৬ জনের দৈহিক সন্তাপ ১০০ ডিগ্রির উপর হইয়াছিল। ইহার মধ্যে ৩২ জনের অর্থাৎ শতকরা ৭ জনের স্তন-বেদনাই জ্বরের কারণ বলিয়া বোধ হয়। আধুনিক ধাত্রীবিদ্যাবিৎ পণ্ডিতগণের মধ্যে উইঙ্কেল্, গুণওয়াল্ড্ট্ এবং ডেস্পাইন্ দুগ্ধক্ষরণ জন্য জ্বর হয় বলিয়া স্বীকার করেন না। তাঁহাদের মতে অতিঅল্প, পচনশীল দ্রব্য রক্তমধ্যে সঞ্চালিত হয় বলিয়াই জ্বরের লক্ষণ দেখা যায়। গ্রেলী হিউইট্ সাহেব বলেন যে প্রসবের পর প্রসূতিকে রীতিমত আহার না দিলে প্রায়ই জ্বরের লক্ষণ দেখা যায়। বিশেষতঃ রক্তস্রাবে ক্ষীণ হইয়া পড়িলেও যদি উপযুক্ত আহার না দেওয়া যায় তবে জ্বরের লক্ষণ প্রকাশ পায়। আজকাল প্রসবের পর প্রসূতিকে লঙ্ঘন করান হয় না বলিয়া জ্বরও অতিবিরল হইয়াছে। সুতরাং হিউইট্ সাহেবের মতটি অসঙ্গত বলিয়া বোধ হয় না। "দুগ্ধ জ্বর" নামে কোন বিশেষ ব্যাধি অজকাল প্রায় দেখা যায় না। তবে সামন্য ক্ষণস্থায়ী জ্বরের লক্ষণ কখন দেখা গিয়া থাকে। যেসকল প্রসূতি ক্ষীণা ও দুর্ব্বল

এবং যাহারা সন্তানকে স্তন্য দান করিতে পারে না তাহাদেরই ঐরূপ সামান্য জ্বর লক্ষণ দেখা যায়। এই জ্বর সামান্য না হইয়া কিছু অধিক হইলেও পচনশীল দ্রব্যজনিত বলিবার কোন কারণ দেখা যায় না। সন্তানকে স্তন্য দান করিলে প্রসূতির যেরূপ আরাম বোধ হয় তাহাতেই বুঝা যায় যে এই জ্বর দুগ্ধ-ক্ষরণ জনিত। যতক্ষণ স্তন্যদান না করে প্রসূতি ততক্ষণ অত্যন্ত কষ্ট অনুভব করিয়া থাকে।

সশর্কর মূত্র।

দুগ্ধ ক্ষরণ কালে স্ত্রীলোকদিগের মূত্র রাসায়নিক প্রক্রিয়ায় পরীক্ষা করিলে উহাতে শর্করা আছে জানিতে পারা যায়। স্তনে[illegible] অবস্থা অনুসারে মূত্রে শর্করার পরিমাণ ভেদ হয়। স্তনদ্বয় স্ফীত এবং তাহা[illegible] অধিক রক্ত সঞ্চিত হইলে মূত্রে শর্করার পরিমাণ অধিক হয়। সুতরাং যে সক[illegible] স্ত্রীলোক সন্তানকে স্তন্যদান না করে অথবা দুগ্ধক্ষরণ কালে যাহাদের সন্[illegible] মরিয়া যায় তাহাদেরই মূত্রে প্রচুর পরিমাণে শর্করা জন্মে।

প্রসবের পর জরায়ু-সঙ্কোচ।

প্রসব হইবার পরক্ষণেই জরায়ু দৃঢ় সঙ্কুচিত হয় এবং প্রসূতির উদরে[illegible] নিম্নভাগে উহা একটি কঠিন গোলার মত অনুভব ক[illegible] যাইতে পারে। কিছুক্ষণ পর উহা কিঞ্চিৎ শিথিল [illegible] এবং পরিস্রব নির্গত হইয়া গেলে জরায়ু অনেকক্ষণ পর্য্যন্ত থাকিয়া থাকি[illegible] সঙ্কুচিত ও শিথিল হয়। জরায়ুসঙ্কোচ যত দৃঢ় ও দীর্ঘস্থায়ী হয় প্রসূতি ত[illegible] নিরাপদ হয় ও আরাম বোধ করে। জরায়ু দৃঢ় সঙ্কুচিত না হইয়া ঈষৎ শিথি[illegible] থাকিলে তন্মধ্যে রক্ত জমাট বাঁধিয়া থাকিয়া যায় এবং উক্ত কারণে বা[illegible] তন্মধ্যে সহজে প্রবেশ করে। কাজে কাজেই জরায়ুর অভ্যন্তরে জমাট [illegible] প্রভৃতি পচিয়া উঠে এবং ঐ সকল পচা পদার্থ আচোষিত হইয়া অনর্থ ঘ[illegible]ইতে পারে। তাহা না হইলেও জমাট রক্ত ভিতরে বদ্ধ থাকায় জরায়ুর মা[illegible] পেশীসকলকে সঙ্কুচিত হইতে উত্তেজিত করে এবং প্রসূতির অসহ্য যা[illegible] উপস্থিত হয়।

কিছু পরে জরায়ুর আকার ছোট হয়।

প্রসবের প্রথম কয়েক দিন পর জরায়ুর আকার শীঘ্র শীঘ্র ছোট হই[illegible] থাকে। ছয় দিন পরে জরায়ুর আকার এত ছোট হই[illegible] যায় যে বস্তিগহ্বরের প্রবেশ দ্বারের উপর ১½।২ ইঞ্চ[illegible] অধিক উন্নত থাকে না। এবং একাদশ দিনে উহাকে উদর সংস্পর্শ দ্বারা অনু[illegible]

অনুভব করা যায় না। কিন্তু যোনিপরীক্ষা দ্বারা বর্দ্ধিত জরায়ু অনুভব করা যায়। এই সময়ে আভ্যন্তরিক পরীক্ষা করিবার আবশ্যক হইলে জরায়ুর নিম্ন খণ্ড এবং উহার শিথিল ও উন্মুক্ত গ্রীবা প্রসবের পর কয়েক সপ্তাহ পর্য্যন্ত অনুভব করা যাইতে পারে। অল্পকাল মধ্যে কেহ প্রসব হইয়াছে কি না অবধারণ করিতে হইলে জরায়ুর উক্ত অবস্থা নির্ণয় করিতে হয় এবং সিম্‌সন্ সাহেবের মতানুসারে জরায়ুমধ্যে সাউণ্ড্ যন্ত্র প্রবেশ করাইতে হয়। সাউণ্ড্ যন্ত্র প্রবেশ করাইলে জরায়ুগহ্বর অত্যন্ত বড় হইয়াছে জানিতে পারা যায়। প্রকৃতপ্রস্তাবে প্রসবের পর ছয় সপ্তাহ কি দুই মাস গত না হইলে জরায়ু ও তাহার গ্রীবা স্বাভাবিক অবস্থায় পরিণত হয় না। প্রসবের পর বিভিন্ন সময়ে জরায়ুর ওজন যেরূপ হয় তদ্দ্বারা কতদিনে জরায়ু স্বভাবে আইসে জানিতে পারা যায়। হেশ্‌ল্ বলেন যে প্রসবের পরক্ষণেই জরায়ুর ওজন ২২।২৪ আউন্স্ হয়। এক সপ্তাহ মধ্যে উহা ১৯।২১ আউন্স্ এবং দ্বিতীয় সপ্তাহের শেষে ১০।১১ আউন্স্ মাত্র হয়। তৃতীয় সপ্তাহের শেষে উহার ওজন ৫।৭ আউন্স মাত্র। কিন্তু প্রসবের পর দুই মাস না গেলে উহা স্বাভাবিক ওজন প্রাপ্ত হয় না। অতএব বুঝা যাইতেছে যে প্রসবের পর দ্বিতীয় সপ্তাহেই জরায়ুর আকার অধিক কমে।

প্রসবের পর জরায়ুর ওজন।

জরায়ুর আকার যে প্রথায় ক্ষুদ্র হয় তাহা এই ;—উহার পৈশিক সূত্র সকল মেদবিন্দুতে পরিণত হয় এবং এই সকল মেদবিন্দু প্রসূতির রক্তবহা নাড়ীদ্বারা আচোষিত হয়। সুতরাং প্রসূতির রক্তে অনেক ত্যাজ্য পদার্থ জমে। হেশ্‌ল্ প্রমাণ করিয়াছেন যে জরায়ুর বর্দ্ধিত পেশীসকল সমস্তই দূর এবং তাহাদের স্থানে নূতন পেশী সূত্র উৎপন্ন হয়। এই নূতন পেশীসকল প্রসবের পর চতুর্থ সপ্তাহ হইতে বিকাশ পায় এবং দ্বিতীয় মাসের শেষে পূর্ণ বিকশিত হয়। সাধারণতঃ জরায়ু স্বভাবে আসিবার প্রক্রিয়ায় কোন বিঘ্ন ঘটে না তবে নানাবিধ কারণে বিঘ্ন ঘটিতে পারে। প্রসূতি অকালে পরিশ্রম করিলে অথবা তাহার কোন ব্যাধি উপস্থিত হইলে কিম্বা দুগ্ধক্ষরণ বিষয়ে লক্ষ্য না থাকিলে বিঘ্ন ঘটে। ঐ সকল কারণে জরায়ু স্বভাবে আসিতে না পারায় বড় থাকিয়া যায় এবং ভবিষ্যতে জরায়ুজ পীড়ার মূল হইয়া পড়ে।

জরায়ুর পৈশিক সূত্রের মেদাপকৃষ্টতা।

জরায়ুর রক্তবহা নাড়ী সকলের পরিবর্ত্তন।

জরায়ুর রক্তবহা নাড়ী সমুহে যেসকল পরিবর্ত্তন হয় তাহা উইলিয়াম্‌স্ সাহেব বর্ণনা করিয়াছেন। এই সকল পরিবর্ত্তনের মধ্যে কতকগুলি চিরস্থায়ী হয়। উইলিয়াম্‌স্ সাহেবের গবেষণা স্থিরনিশ্চিত হইলে অনেক লাভের সম্ভাবনা। কারণ তাহাহইলে উক্ত উপায়ে কোন স্ত্রীলোকের আদৌ গর্ভ হইযাছে কিনা নির্দ্ধারিত করা যায় এবং আদালতে সাক্ষ্য দিবার সুবিধা হয়। তিনি বলেন যে গর্ভ হইবার পর সকল রক্তবহা নাড়ীরই পরিধি বড় হয়। ধমনীগণের প্রাচীর মোটা ও বিবৃদ্ধ হয়। এইটি বৃদ্ধা স্ত্রীলোকেরও বর্ত্তমান থাকে। শিরার বড় খাত সকল (বিশেষতঃ যথায় পরিস্রব সংযুক্ত ছিল তথায়) মোটা ও জড়ান জড়ান হয় এবং তাহাদের মধ্যস্থলে একটি ক্ষুদ্র রক্তের চাঁই থাকে। গর্ভের তৃতীয় মাসের পর শিরা সকল অধিক মোটা হয়, কিন্তু প্রসব হইবার পর ১০।১২ সপ্তাহ পর্য্যন্ত তাহার কিছু মোটা থাকে।

জরায়ুর শ্লৈষ্মিক ঝিল্লির পরিবর্ত্তন।

প্রসবের পরক্ষণেই জরায়ুর শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর কিরূপ পরিবর্ত্তন হয় তাহা জানা নিতান্ত আবশ্যক। কারণ তাহা হইলে রীতিমত সূতিকাবস্থার শুশ্রূষা করা যায়। ডেসিডুয়া বর্ণনা কালে

ঐ সকল পরিবর্ত্তনের বিষয় সবিস্তার বলা গিয়াছে। জরায়ুর অভ্যন্তরে রক্ত ও ফিব্রিনের পাটল একখানি পর্দ্দা উৎপন্ন হয়। জরায়ুস্থ খাত সকলের খোলা মুখ দেখিতে পাওয়া যায়। যে স্থানে পরিস্রব সংযুক্ত ছিল তথায় খোলা খাত-মুখে সমবরোধক পদার্থ উন্নত হইয়া আছে দেখা যায়। পরিস্রবের সংযোগস্থল স্পষ্ট জানিতে পারা যায়। ঐ স্থানটি অসমভাবে অণ্ডাকার এবং তথাকার শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী অন্যস্থান অপেক্ষা অধিক পুরু। যোনি শীঘ্রই সঙ্কুচিত হয় এবং সূতিকা-মাস শেষ হইলে উহা স্বাভাবিক অবস্থায় আইসে। পুত্রবতীদিগের যোনি বন্ধ্যাদিগের অপেক্ষা অধিক শিথিল এবং অল্প খাঁজবিশিষ্ট হয়। ভগেন্দ্রিয় প্রথমতঃ অত্যন্ত শিথিল ও স্ফীত থাকে কিন্তু শীঘ্রই স্বভাবে আইসে। উদরপ্রাচীর বহুদিন পর্য্যন্ত শিথিল ও ঢিলা থাকে, এবং গর্ভকালীন উদরস্ফীতি জন্য উদরের চর্ম্ম ফাটিয়া যে শ্বেত দাগ হয় সেই দাগ সচরাচর চিরস্থায়ী হইয়া যায়। প্রসবের পর যে সকল স্ত্রীলোকদিগের উদরে রীতিমত বন্ধনী প্রয়োগ করা না হয় তাহাদের উদর দুর্ব্বল হয় ও ঝুলিয়া পড়ে।

যোনি প্রভৃতির সঙ্কোচ।

প্রসবের পর তিন সপ্তাহ পর্য্যন্ত জরায়ুর অভ্যন্তর হইতে একপ্রকার স্রাব নির্গত হয় তাহাকে লোকিয়া বলে। প্রথম প্রথম বিশুদ্ধ রক্ত নির্গত হয় এবং তাহাতে অল্পাধিক জমাট রক্ত মিশ্রিত থাকে। প্লাসেণ্টা প্রসব হইবার পর যদি রীতিমত জরায়ুসঙ্কোচ উপস্থিত করিবার চেষ্টা করা না হয় তাহা হইলে প্রসবের পর দুই তিন দিবস পর্য্যন্ত লোকিয়ার সহিত রক্তের বড় বড় চাঁই বাহির হয়। তিন চারি দিবস মধ্যে লোকিয়া বিশুদ্ধ রক্তযুক্ত না হইয়া রক্তবর্ণ জলের ন্যায় হয় ইহাকে লোকিয়া রুব্রা বা ক্রুয়েন্তা বলে। ডাক্তার র্দিমার্ সাহেব গবেষণাদ্বারা স্থির করিয়াছেন যে এই সময়ে লোকিয়াতে রক্তকণা, এপিথিলিয়াল্ আঁইশ, শ্লেষ্মাবিন্দু এবং ডেসিডুয়ার ধ্বংসাবশেষ থাকে। ক্রমশঃ লোকিয়ার আকারের পরিবর্ত্তন হইতে থাকে এবং সপ্তম কি অষ্টম দিবসে উহা আর রক্তবর্ণ না হইয়া ঈষৎ সবুজবর্ণ হয়। উহা এমন দুর্গন্ধযুক্ত হয় যে ঘ্রাণে বমনোদ্রেক হয়। ইহাকে ইংরাজিতে "গ্রীণ ওয়াটারস্" অর্থাৎ সবুজ জল বলে। ইহাতে এক্ষণে অল্প সংখ্যক রক্তকণা থাকে। রক্তকণার সংখ্যা দিন দিন কম হয়, কিন্তু ইহাতে অনেক পূযকণা দেখা যায় এবং বত

লোকিয়া স্রাব।

দিন না স্রাব বন্ধ হয় তত দিন পূযকণা উহার প্রধান সামগ্রী হইয়া থাকে। এতদ্ব্যতীত এপিথিলিয়াল্ আঁইশ,মেদবিন্দু ও কোলেষ্টারিন্ ক্রষ্টাল্‌স্‌ও দেখা যায়। কখন কখন লোকিয়াতে "ট্রাইকোমিনা ভ্যাজাইনেলিস্" নামক একপ্রকার ক্ষুদ্র ইন্‌ফিউসোরিয়াম্ দেখিতে পাওয়া যায়, কিন্তু সর্ব্বদা নহে।

লোকিয়ার পরিমাণ ও স্থিতিকাল ভেদ।

লোকিয়ার পরিমাণ বিভিন্ন স্ত্রীলোকের বিভিন্ন প্রকার হয়। কাহার কাহার প্রচুর লোকিয়াস্রাব হয়, কাহার বা অল্প হয়। সাধারণতঃ প্রসবের একপক্ষ পরে লোকিয়াস্রাব অতি সামান্য থাকে, কিন্তু কখন কখন একমাস কি তদধিক কাল পর্য্যন্ত প্রচুর পরিমাণে স্রাব হইলেও কোন অনিষ্ট ঘটে না। কোন কারণবশতঃ প্রসূতির মানসিক উত্তেজনা হইলে লোকিয়া পুনর্ব্বার রক্তবর্ণ হয় ও পরিমাণেও অধিক হয়। এই রক্তবর্ণ স্রাব অযথাকাল পর্য্যন্ত স্থায়ী হইলে কোন ব্যতিক্রম হইয়াছে বুঝিতে হয়। সম্ভবতঃ জরায়ুগ্রীবায় সামান্য ক্ষত আরোগ্য না হওয়ায় স্রাব দীর্ঘস্থায়ী হয়। প্রসূতি অকালে কায়িক শ্রম করিলে জরায়ু স্বভাবে আসিবার প্রক্রিয়ায় বিঘ্ন ঘটে, সুতরাং স্রাবও দীর্ঘস্থায়ী হয়। যত দিন রঙ্গিন্ স্রাব থাকিবে ততদিন প্রসূতিকে বেড়াইতে দিতে নাই।

লোকিয়া কখন কখন দুর্গন্ধযুক্ত হয়।

কখন কখন লোকিয়াস্রাব অত্যন্ত দুর্গন্ধযুক্ত হয়। এরূপ হইলে আশঙ্কার বিষয় হইয়া পড়ে। কারণ জরায়ুমধ্যে আবদ্ধ রক্তের চাঁই পচিয়া উক্ত দুর্গন্ধ উৎপন্ন করে এবং ঐ পচা পদার্থ রক্তমধ্যে আচোষিত হইবার আশঙ্কা থাকে। কখন কখন অনেক দিন পর্য্যন্ত দুর্গন্ধযুক্ত স্রাব থাকিয়াও কোন অনিষ্ট ঘটে নাই এরূপ দেখা গিয়াছে। যাহাহউক স্রাব দুর্গন্ধযুক্ত হইলে চিকিৎসকের সাবধান হওয়া কর্ত্তব্য এবং প্রত্যহ দুইবার কণ্ডিজ্ ফ্লুইড্‌দ্বারা যোনি ধৌত করিতে ধাত্রীকে অনুজ্ঞা করা কর্ত্তব্য। দুর্গন্ধযুক্ত স্রাবের সহিত প্রসূতির দৈহিক সন্তাপ ও নাড়ীর গতি বৃদ্ধি দেখিলে যেরূপ চিকিৎসা করিতে হইবে তাহা পরে বলা যাইবে।

হ্যাতাল ব্যথা।

প্রসবের পর জরায়ু হইতে রক্তের চাঁই বাহির করিবার জন্য অল্পাধিক কাল পর্য্যন্ত জরায়ুর অসমসঙ্কোচ হয়, ইহাকে ইংরাজিতে আফ্‌টার পেন্স্ বলে এবং ভাষা কথায় হ্যাতাল্ ব্যথা বলে। কাহার কাহার এই ব্যথা প্রসববেদনা অপেক্ষা অধিক যন্ত্রণাদায়ক হয়। কিন্তু প্রসবের পর

যাহাতে জরায়ু উত্তম ও দৃঢ়রূপে সঙ্কুচিত হয় এরূপ যত্ন করিলে "হ্যাতাল্ ব্যথা" প্রায়ই হয় না অথবা যৎসামন্য মাত্র হয়। "হ্যাতাল্ ব্যথা" জরায়ুর নিস্তেজতাজন্য উৎপন্ন হয়। কারণ প্রথম গর্ভিণীদের কখন ইহা হইতে দেখা যায় নাই। তাহাদের জরায়ু সতেজে সঙ্কুচিত হয় বলিয়াই "হ্যাতাল্ ব্যথা" হয় না। যাহাদের অনেক সন্তান সন্ততি হইয়াছে তাহাদের মধ্যেই ইহা অধিক হয়। "হ্যাতাল্ ব্যথা" অনায়াসে নিবারণ করা যাইতে পারে, সুতরাং ইহাতে কোন আশঙ্কার কারণ নাই। বস্তুত এই ব্যথাদ্বারা উপকার ভিন্ন অপকার হয় না। কারণ জরায়ুমধ্যে রক্তের চাঁই জমিলে যত শীঘ্র নির্গত হইয়া যায় ততই মঙ্গল। প্রসব হইবার দুই এক ঘণ্টা পরেই ইহা আরম্ভ হয় এবং গুরুতর হইলে ৩। ৪ দিন পর্য্যন্ত থাকে, কিন্তু ইহার অধিক প্রায়ই থাকে না। সন্তানকে স্তন্যপান করাইলে প্রায়ই বৃদ্ধি হয়। "হ্যাতাল্ ব্যথার" যন্ত্রণা অত্যন্ত অধিক হইলে রক্তের চাঁই নির্গত হয় ও তৎক্ষণাৎ যন্ত্রণার লাঘব হয়। কোন কোন স্থলে রক্তের চাঁই আবদ্ধ না থাকিলেও এই ব্যথা হইতে দেখা যায়। *এই সকল স্থলে জরায়ুর স্নায়ুশূলজন্যই ব্যথা হয়। অন্য গুরুতর কারণ* হইতে যে ব্যথা উৎপন্ন হয় তাহা হইতে "হ্যাতাল্ ব্যথা" অনায়াসে প্রভেদ করা যাইতে পারে। "হ্যাতাল্ ব্যথা" হইলে বর্দ্ধিত জরায়ু কঠিন ও সঙ্কুচিত হয়। চাপ দিলে জরায়ুতে বেদনা অনুভূত হয় না এবং দৈহিক বিকারের লক্ষণ থাকে না।

প্রসবের পর প্রসূতির শুশ্রূষা বিভিন্ন কালে বিভিন্নপ্রকার করা হইয়াছে।

প্রসূতির শুশ্রূষা।

যখন যেরূপ প্রথা প্রচলিত হইয়াছে তখন সেই অনুসারে শুশ্রূষা করা হইয়াছে। বহুকাল পর্য্যন্ত চিকিৎসকগণের জ্ঞান ছিল যে প্রসবের পর প্রদাহ লক্ষণ উপস্থিত হয়, সুতরাং তাঁহারা প্রসূতিদিগকে লঘু আহার ও লঙ্ঘন ব্যবস্থা করিতেন এবং কাজে কাজেই প্রসূতিরা অতিবিলম্বে স্বাস্থ্যলাভ করিত। আজকাল সকলেই প্রসবব্যপার শারীর বিধানের স্বাভাবিক কার্য্য বলিয়া স্বীকার করায় প্রসূতির শুশ্রূষা সম্বন্ধে অনেক উন্নতি সাধন করা হইয়াছে। সূতিকাকালে স্ত্রীলোকদিগের স্নায়ুমণ্ডল অতিসামান্য কারণে উত্তেজিত হইতে পারে ইহা বিশেষরূপে স্মরণ রাখা কর্ত্তব্য। সুতরাং ঐ অবস্থায় যাহাতে কোন প্রকারে প্রসূতির মন বিচলিত হইতে না পায় তাহা করা অবশ্য

কর্ত্তব্য। জরায়ু স্বভাবে আসিবার প্রক্রিয়ায় কোন বিঘ্ন না ঘটে তজ্জন্য প্রসূতিকে অনেক দিন পর্য্যন্ত স্থিরভাবে শয্যাশায়িনী রাখা বিশেষ আবশ্যক এবং যাহাতে সেপ্টিসীমিয়া রোগ না হয় তজ্জন্য প্রসূতিকে পচননিবারক ঔষধি প্রয়োগ করিয়া অত্যন্ত পরিষ্কার পরিচ্ছন্ন রাখা একান্ত কর্ত্তব্য।

সকল স্থলেই অহিফেন ঘটিত ঔষধি প্রয়োগ করা উচিত নহে।

প্রসবের পর জরায়ু রীতিমত সঙ্কুচিত হইয়াছে বুঝিতে পারিলে এবং রক্তস্রাবের কোনরূপ শঙ্কা নাই জানিতে পারিলে প্রসূতিকে ঘুমাইতে দেওয়া উচিত। অনেক চিকিৎসক এই সময়ে অহিফেন ঘটিত ঔষধি প্রয়োগ করিয়া থাকেন। কিন্তু সকল স্থলেই অহিফেন প্রয়োগ করা ভাল নহে, কারণ অহিফেন দ্বারা জরায়ুসঙ্কোচ বন্ধ হয় ও অন্যান্য অপ্রীতিকর ফল হয়। যে স্থলে প্রসববেদনা দীর্ঘস্থায়ী ও কষ্টকর হয় এবং প্রসূতি অবসন্ন হইয়া পড়ে তথায় ১৫।২০ বিন্দু ব্যাট্‌লির আরোক দিলে উপকার হয়।

প্রসূতির নাড়ী মূত্রাশয় ও জরায়ুর প্রতি লক্ষ্য রাখা উচিত।

প্রসব করাইয়া চলিয়া গেলে যথাসম্ভব মধ্যে পুনর্ব্বার প্রসূতিকে দেখা চিকিৎসকের কর্ত্তব্য। তখন প্রসূতির নাড়ী জরায়ু ও মূত্রাশয়ের প্রতি তাঁহার লক্ষ্য করা আবশ্যক। যতদিন প্রসূতি সম্পূর্ণ স্বাস্থ্যলাভ না করে ততদিন তাহার নাড়ী সাবধানে পরীক্ষা করা উচিত। নাড়ীর গতি দ্রুত বোধকরিলে, প্রসূতির দৈহিক সন্তাপ অবধারণ করা কর্ত্তব্য। নাড়ীর গতি ও দৈহিক সন্তাপ স্বাভাবিক হইলে কোন চিন্তা নাই। কিন্তু একটি দ্রুতগতি ও অপরটি অধিক হইলে কোন না কোন উপসর্গ হইয়াছে বুঝিতে হইবে। প্রসূতির উদর সংস্পর্শন করিয়া জরায়ু অযথাস্ফীত আছে কিনা এবং উহাতে বেদনা অনুভূত হয় কি না জানা কর্ত্তব্য। প্রসবের পর ২।১ দিন এইরূপ পরীক্ষা করা উচিত।

মূত্র আবদ্ধ হইলে তাহার চিকিৎসা।

প্রসবের পর কেহ কেহ প্রথম প্রথম মূত্র ত্যাগ করিতে পারে না। এক খণ্ড স্পঞ্জ্ গরম জলে সিক্ত করিয়া তাহাদের পিউবিসের উপর রাখিলে প্রস্রাব হইতে পারে। মূত্রাশয়ের ক্ষণিক পক্ষাঘাত জন্য মূত্র আবদ্ধ থাকিলে অর্দ্ধ ঘণ্টা অন্তর ২০ বিন্দু লিকুইড্ এক্‌ষ্ট্রাক্‌ট্ অফ্ আর্গট্ তিন চারি বার সেবন করাইলে উপকার হয়। বহুক্ষণ পর্য্যন্ত মূত্র ত্যাগ না করিলে ক্যাথিটার্ বা শলাকাদ্বারা প্রস্রাব করান কর্ত্তব্য,

অতুবা অনিষ্ট ঘটিবার সম্ভাবনা। যতদিন প্রসূতি নিজে মূত্রত্যাগ করিতে সমর্থ না হয় ততদিন প্রাতে ও সন্ধ্যাকালে দুইবার শলাকাদ্বারা প্রস্রাব করান উচিত। *মূত্রমার্গের স্ফীতি অতিসত্বর কমিয়া যায়, তখন প্রসূতি বিনা সাহায্যে* মূত্র ত্যাগ করিতে পারে। কখন কখন মূত্রাশয় মূত্রদ্বারা অত্যন্ত স্ফীত হয় এবং বিন্দু বিন্দু মূত্র বাহির হইয়া প্রসূতি কিঞ্চিৎ আরাম বোধ করে। এরূপ অবস্থায় প্রসূতি ও দাই উভয়েই প্রতারিত হয়। বিন্দু বিন্দু মূত্র বাহির হওয়ায় তাহারা মনে করে যে মূত্রাশয় খালি আছে, কিন্তু প্রকৃতপক্ষে মূত্রাশয় এত অধিক স্ফীত থাকে যে শীঘ্রই মূত্রাশয়ের প্রদাহ উপস্থিত হয়। এই অবস্থায় প্রসূতির উদরসংস্পর্শনদ্বারা পরীক্ষা করিলে চিকিৎসককে প্রতারিত হইতে হয় না, পরীক্ষাদ্বারা জরায়ু ভিন্ন আরও একটি বৃহৎ, বেদনাযুক্ত ও জলপূর্ণ স্ফীতি অনুভূত হয়। এই স্ফীতিদ্বারা জরায়ু স্বস্থানচ্যুত হইয়া এক পার্শ্বে ঝুঁকিয়া পড়ে। এই সঙ্গে প্রসূতির জ্বর ও দৈহিক বিকারের লক্ষণ প্রকাশ পায় এবং শলাকাদ্বারা স্থির করা যায় যে এ স্ফীতিটি মূত্রপূর্ণ মূত্রাশয় ভিন্ন অপর কিছুই নহে।

গুরুতর হ্যাঁতাল ব্যথা চিকিৎসা।

"হ্যাঁতাল ব্যথা" অত্যন্ত অধিক হইলে অহিফেনঘটিত ঔষধি প্রয়োগ করা যাইতে পারে। *লোকিয়াস্রাব অধিক না হইলে মসিনার পোল্‌টিসের উপর লডেনাম্ ছড়াইয়া প্রসূতির তলপেটে* লাগান কর্ত্তব্য অথবা ক্লোরোফর্ম ও বেলেডোনার মালিস ব্যবহার করা কর্ত্তব্য। প্রসবের পর রীতিমত জরায়ুসঙ্কোচ যাহাতে হয় এরূপ যত্ন করিলে হ্যাঁতাল ব্যথা কখনই অধিক হইতে পারে না এবং তজ্জন্য চিকিৎসারও আবশ্যক হয় না। অহিফেনঘটিত ঔষধি দ্বারা উপকার না হইলে এবং স্নায়ুশূলজন্য বেদনা হইলে আমেরিকায় ১০ গ্রেণ্ মাত্রায় কুইনীন্ প্রত্যহ দুইবার সেবন করিতে ব্যবস্থা করা হয়। ডাং প্রেফেয়ার্ এই প্রথার অনুমোদন করেন, কিন্তু তিনি বলেন যে উক্তরূপ অধিক মাত্রায় কুইনীন্ প্রয়োগ করিলে শিরোরোগ, কর্ণে বিবিধপ্রকার শব্দ অনুভব প্রভৃতি অপ্রীতিকর লক্ষণ উপস্থিত হয়; তজ্জন্য ১০ গ্রেণ্ কুইনীনের সহিত ১০।১৫ বিন্দু হাইড্রোব্রোমিক্ এসিড্ মিশাইয়া দিলে কোন প্রকার অনিষ্ট হয় না।

সূতিকাকালে প্রসূতিকে কিরূপ পথ্য দেওয়া উচিত তাহা বিচার করা

পথ্যাপথ্য। খাইতেছে। প্রাচীনকালে এই কুসংস্কার ছিল যে প্রসূতিকে অনেক দিন পর্য্যন্ত লঘু আহার দেওয়া কর্ত্তব্য। আজকালও অনেক গৃহিণী ও ধাত্রী এই কুসংস্কারের বশতাপন্না আছে। কিন্তু আধুনিক চিকিৎসক মাত্রেই এই পদ্ধতির ভ্রম বুঝিতে পারিয়াছেন। আবার কেহ কেহ প্রসব হইবামাত্র ক্ষুধা না থাকিলেও প্রসূতিকে গুরুপাক দ্রব্য দিতে বলেন। ইহাও অন্যায়, কারণ অক্ষুধায় গুরুপাক দ্রব্য ভক্ষণ করিলে অজীর্ণপ্রভৃতি রোগ হইয়া থাকে। এই অবস্থায় প্রসূতির ইচ্ছা অনুসারে কার্য্য করাই যুক্তিসিদ্ধ। ভক্ষণেচ্ছা না থাকিলে বলপূর্ব্বক আহার করান কর্ত্তব্য নহে। প্রসব হইবার পর দুই একদিন পর্য্যন্ত বিস্কুট, দুগ্ধ-রুটি অথবা দুগ্ধের সহিত একটি ডিম্ব মিশাইয়া খাইতে দেওয়া উচিত। প্রথম দুই একদিন পর্য্যন্ত অনেকেরই অধিক ক্ষুধা থাকে না। প্রসূতি ক্ষুধা বোধ করিলে সুপাচ্যভক্ষ্য যথা শ্বেতমৎস্য, মুরগির শাবক অথবা মিষ্ট রুটি দেওয়া যাইতে পারে। দুই এক দিন পর প্রসূতির স্বাভাবিক আহার দিতে আপত্তি নাই। তবে সহজ অবস্থায় যে পরিমাণে আহার করে সূতিকাবস্থায় কেবল স্থির হইয়া থাকিতে হয় বলিয়া সেই পরিমাণে আহার দিতে নাই। "অবষ্টেট্রিক্ সোসাইটির" প্রেসিডেণ্ট্ ডাং ওলড্হাম্ বলেন যে কোন স্ত্রীলোকে (অবশ্য মেম) প্রাতঃকালে প্রসব হইলে বেলা ৯ টার সময় চা ও টোষ্ট্, ১ টার সময় সুপাচ্য মাংস, ৫ টার সময় চা, ৭ টার সময় মুরগীশাবকের মাংশ এবং রাত্রী ৯ টার সময় আবার চা অনায়াসে খাইতে পারে। তবে দুষ্পাচ্য দ্রব্য, গুরু ভোজন, উত্তেজক মদ্য প্রভৃতি পরিত্যাগ করা উচিত; এবং তৎসঙ্গে গ্রুয়েল্ ও স্লপ্স্ ত্যাগ করা কর্ত্তব্য। অত্যন্ত লঘু আহার দিয়া প্রসূতিকে দুর্ব্বল করিলে স্বাস্থ্যলাভ করিতে যে অনেক বিলম্ব হয় তাহা অনেকেই জানেন। কিন্তু উক্ত প্রকার পরিমিত আহার দিলে অতি শীঘ্র স্বাস্থ্যলাভ হয়। তীব্র মদ্য প্রভৃতি দিবার আবশ্যক নাই। তবে প্রসূতি অত্যন্ত দুর্ব্বল ও অবসন্ন হইয়া পড়িলে, কি মাদক দ্রব্য সেবনে অভ্যস্ত থাকিলে পরিমিতরূপে দিবার কোন বাধা নাই।

পরিষ্কার পরিচ্ছন্নতা। প্রসব হইবার পরক্ষণেই এক খণ্ড বস্ত্র গরম করিয়া প্রসূতির ভগের উপর রাখিতে হয় এবং প্রসূতি ক্ষণেককাল বিশ্রাম করিলে তাহার শয্যা হইতে অপরিষ্কার বস্ত্র সকল দূর করিতে বলিতে হয়। তাহার

পর ধাত্রী প্রসূতির বাহ্য জননেন্দ্রিয় ধৌত করিয়া দিবে। প্রসূতিকে এই সময় পরিষ্কার ও পরিচ্ছন্ন রাখা কতদূর আবশ্যক তাহা বলিয়া উঠা যায় না। ধাত্রী-চিকিৎসায় সম্পূর্ণরূপে পচন নিবারণোপায় অবলম্বন করা যদিও অসম্ভব তথাপি যতদূর সাধ্য প্রসূতিকে পরিষ্কার ও পরিচ্ছন্ন রাখিতে পারিলে বিপদাশঙ্কা কম হয়। (১) প্রসবের পর কিছু দিন পর্য্যন্ত প্রসূতির জননেন্দ্রিয় স্পর্শ করিতে হইলে ধাত্রীর কর্ত্তব্য যে প্রথমে নিজ হস্তদ্বয় কার্বলিক্ তৈল অথবা এক ভাগ কার্বলিক্ এসিড্ বিশ ভাগ জলে মিশ্রিত করিয়া ঐ জলে ধৌত করিয়া প্রসূতিকে স্পর্শ করে। প্রসূতির বস্ত্রাদি ঘন ঘন পরিবর্ত্তন করিয়া দেওয়া উচিত এবং অপরিষ্কার বস্ত্র রক্তাদি স্রাবপদার্থ তৎক্ষণাৎ গৃহ হইতে দূর করা উচিত। জলমিশ্রিত কণ্ডিজ্ ফ্লুইড দ্বারা প্রসূতির ভগেন্দ্রিয় প্রত্যহ ধৌত করিয়া দেওয়া কর্ত্তব্য এবং উক্ত ঔষধদ্বারা যোনিপ্রণালীতে প্রত্যহ একবার করিয়া পিচকারী দিলে প্রসূতির আরাম বোধ হয়। এই প্রকার পচন নিবারক উপায় অবলম্বন করায় জার্ম্মানিদেশের অনেক সাধারণ সূতিকাগারের মৃত্যুসংখ্যা অনেক কম হইয়াছে সুতরাং এই সমস্ত উপায় যে বিশেষ উপকারী তাহাতে সন্দেহ নাই। সূতিকাগৃহ অল্প শীতল রাখা কর্ত্তব্য এবং যাহাতে ঐ গৃহে বিশুদ্ধ বায়ু সঞ্চালিত হয় তাহা করা উচিত।

কোষ্ঠ। প্রসবের পর দ্বিতীয় কি তৃতীয় দিবস প্রাতে প্রসূতির কোষ্ঠ পরিষ্কার করাইবার পদ্ধতি আছে। গরম জলে সাবান গুলিয়া পিচকারি প্রয়োগ করিলেই উত্তমরূপে কোষ্ঠ পরিষ্কার হয়। কিন্তু প্রসূতি ইহাতে আপত্তি করিলে এবং তাহার কোষ্ঠ পরিষ্কার না থাকিলে অল্প এরণ্ড তৈল অথবা কলসিন্থ ও হেনবেন্ঘটিত বটিকা অথবা টামার্ ইণ্ডিয়ান্ নামক ফরাসী বিরেচক দেওয়া যাইতে পারে।

স্তন দুগ্ধ। সন্তানকে যেরূপে স্তনদুগ্ধ পান করাইতে হইবে এবং প্রসূতির দুগ্ধক্ষরণ সম্বন্ধে যেরূপ কার্য্য করিতে হইবে তাহা চিকিৎসক

---

(১) ডাক্তার প্লেফেয়ার্ ধাত্রীদিগের উপদেশের জন্য নিম্নলিখিত নিয়মগুলি প্রচার করিয়াছেন। ঐ সকল নিয়মানুসারে কার্য্য করায় তাঁহার নিযুক্ত ধাত্রীগণদ্বারা বিশেষ উপকার সাধিত হইয়াছে।

ধাত্রীগণের কার্য্য সুবিধার্থ পচন নিবারক নিয়ম :—

স্বয়ং তত্ত্বাবধারণ করিবেন। এই বিষয়টি দুগ্ধক্ষরণ অধ্যায়ে বিস্তারিত বলা যাইবে।

বহুদিন অবধি প্রসূতিকে স্থির ভাবে শয়ান রাখা কর্ত্তব্য।

সূতিকাবস্থায় জরায়ু স্বভাবে আইসে বলিয়া প্রসূতিকে যত দীর্ঘকাল স্থির-ভাবে শয্যায় রাখা যায় তত মঙ্গল। প্রসবের প্রথম কয়েকদিন প্রসূতির নিকট অধিক লোকজন আসিতে দেওয়া কর্ত্তব্য নহে। কেবল আত্মীয় স্বজন দুই একজন নিকটে রাখা উচিত। অধিক লোক আসিলে প্রসূতির মানসিক উত্তেজনা হইবার সম্ভাবনা। ধনী লোকদিগের স্ত্রীরা প্রসবের পর ৮।১০ দিন শয্যা-শায়িনী থাকে। কিন্তু কোন ব্যতিক্রম না থাকিলে ইহা অপেক্ষা শীঘ্র শয্যা-ত্যাগ করিতে আপত্তি নাই। তবে পদচারণ একেবারে নিষিদ্ধ। ১০ দিন

---

(১) প্রত্যেক প্রসূতির নিকট দুইটি করিয়া বোতল রাখিতে হয়। একটি বোতলে ১ভাগ বিশুদ্ধ কার্বলিক্ এসিড্ ও ২০ ভাগ জল রাখিতে হয়। এবং দ্বিতীয়টিতে ১ ভাগ এসিড্ ও ৮ ভাগ জলপাইএর তৈল রাখিতে হয়।

(২) প্রসূতির শয্যার নিকট একটি পাত্রে প্রথম বোতলের কার্বলিক্ জল ঢালিয়া রাখিতে হয়। প্রসূতির জননেন্দ্রিয় ধৌত করিতে অথবা অন্য কোন কার্য্য করিবার জন্য ঐ স্থান স্পর্শ করিতে হইলে ধাত্রী উক্ত কার্বলিক্ জলে হস্ত ধৌত করিয়া লইবে। প্রসববেদনা কালে অথবা তাহার পূর্ব্বে এবং প্রসবের পর এক সপ্তাহ পর্য্যন্ত এইরূপ করা কর্ত্তব্য।

(৩) স্পঞ্জ, যোনি অথবা সরলান্ত্রে প্রবেশ করাইবার নল, শলাকা, বিষ্ঠা ও মূত্রত্যাগ পাত্র প্রভৃতি সমস্তই উক্ত জলে ধৌত করিতে হইবে।

(৪) যোনিমধ্যে নল প্রবেশ করাইবার পূর্ব্বে অথবা পিচকারি কি শলাকা দিবার পূর্ব্বে ঐ সকল যন্ত্রে কার্বলিক্ তৈল মাখাইতে হইবে।

(৫) বিপরীত অনুজ্ঞা না থাকিলে প্রত্যহ দুইবার উক্ত কার্বলিক্ জলে সমান ভাগ জল মিশাইয়া প্রসূতির যোনিতে পিচকারী দিতে হইবে। এই জল ব্যবহারে প্রসূতির জ্বালা অনুভূত হইলে আরও কিঞ্চিৎ জল মিশাইয়া লইতে হয়।

(৬) প্রসূতিকে ধৌত করাইবার জন্য যে জল ব্যবহার করিতে হইবে তাহাতে কণ্ডিজ ফ্লুইড্ এরূপ পরিমাণে মিশাইতে হইবে যে ঐ জলের বর্ণ ঈষৎ লাল হয়।

(৭) অপরিষ্কার বস্ত্রাদি সূতিকাগৃহ হইতে তৎক্ষণাৎ দূর করিতে হইবে।

দ্রষ্টব্য। প্রসূতিকে যাহাতে দূষ্য পদার্থ স্পর্শ করিতে না পারে তজ্জন্যই এই সকল নিয়ম করা হইয়াছে। সুতরাং ধাত্রীগণের কর্ত্তব্য যে এই সকল নিয়ম সাবধানে পালন করে।

কি এক পক্ষ পর প্রসূতিকে অল্পক্ষণের জন্য চৌকিতে বসিতে দিবার বাধা নাই। কিন্তু সাধ্যমত যত দীর্ঘকাল শয়ন অবস্থায় রাখা যায় ততই নিরাপদ হয় ও শীঘ্র স্বাস্থ্য লাভ করিবার সুবিধা হয়। তিন সপ্তাহ না গেলে কখনই পদচারণ করা উচিত নহে। তিনসপ্তাহ পরে গাড়ী করিয়া বেড়াইবার অপত্তি নাই। প্রসবের পর ছয় সপ্তাহ কি দুই মাস না গেলে জরায়ু স্বভাবে আইসে না এই জন্যই দীর্ঘকাল পর্য্যন্ত প্রসূতিকে শয়ন করাইয়া রাখা উচিত। তবে দীর্ঘকাল বিশ্রাম করিতে হইবে বলিয়া যে চিররোগীর ন্যায় আচরণ করিতে হইবে অথবা কোন পীড়া হইয়াছে মনে করিতে হইবে তাহা নহে।

সূতিকা-মাস শেষ হইবার সময় কোন বলকারক ঔষধ যথা অল্প মাত্রায় কুইনীন্ ও ফস্ফরিক্ এসিড্ দিলে ভাল হয়। বিশেষতঃ স্বাস্থ্যলাভ করিতে বিলম্ব হইলে ঔষধ দেওয়া অবশ্য কর্ত্তব্য। প্রসবের পর স্বাস্থ্যলাভ করিবার জন্য বায়ু পরিবর্ত্তনের তুল্য উপকারী আর কিছুই নাই। ধনী স্ত্রীলোকেরা সমুদ্রকূলে কিছু দিন বাস করিলে নিশ্চয়ই স্বাস্থ্যলাভ করিতে পারে।

ভবিষ্যত চিকিৎসা।

দ্বিতীয় পরিচ্ছেদ।

—০※০—

সদ্যঃপ্রসূত শিশুর শুশ্রূষা, দুগ্ধক্ষরণ ইত্যাদি।

ভূমিষ্ঠ হইবামাত্রই সন্তান রোদন করিয়া উঠে। ইহা স্বাস্থ্যের লক্ষণ এবং ইহাদ্বারা বুঝা যায় যে উহার শ্বাসপ্রশ্বাস আরম্ভ হইয়াছে, আর কোন বিপদের আশঙ্কা নাই। প্রথম শ্বাসপ্রশ্বাস ক্রিয়াটি এই রূপে আরম্ভ হয় ;—ভূমিষ্ঠ হইবামাত্র সন্তানের গাত্রে শীতলবায়ু লাগে এবং এই শৈত্যানুভব ত্বকের স্নায়ু হইতে প্রত্যাবর্ত্তিত হইয়া মস্তিষ্কে যায়। আবার মস্তিষ্কের মেডালা অব্লঙ্গেটাতে প্লাসেণ্টা হইতে বিশুদ্ধ অম্লজানযুক্ত রক্ত চালিত না হওয়ায় মেডালা অব্লঙ্গেটাও উত্তেজিত হয় এবং বক্ষের পেশী-সকল সঙ্কুচিত করে।

শ্বাসপ্রশ্বাস আরম্ভ।

কখন কখন সদ্যঃপ্রসূত সন্তান মৃতবৎ ভূমিষ্ঠ হইতে দেখা যায়। প্রসবের দ্বিতীয় অবস্থায় বিলম্ব হইলে ভ্রূণমস্তকে দীর্ঘকাল চাপ পড়ে, সুতরাং সন্তান মৃতবৎ ভূমিষ্ঠ হয়। বিলম্বসাধ্য প্রসবে জরায়ুর স্থায়ী সঙ্কোচ হইলে জরায়ুস্থ রক্তের খাতসকল বন্ধ হইয়া যায় এবং সন্তান ভূমিষ্ঠ হইবার পূর্ব্বেই জরায়ু ও প্লাসে-ণ্টার রক্ত সঞ্চলনে বিঘ্ন ঘটে বলিয়া সন্তান মৃতবৎ ভূমিষ্ঠ হয়। বিবেচনা করিয়া আর্গট্ প্রয়োগ না করিলে অথবা অকালে প্লাসেণ্টা বিযুক্ত হইলে কিম্বা ভ্রূণের নাভি নাড়ীতে চাপ পড়িলে কখন কখন সন্তান মৃতবৎ ভূমিষ্ঠ হইয়া থাকে। এই সকল স্থলেই ইউটিরো-প্লাসেণ্টাল্ অর্থাৎ জরায়ুপারিপ্রবিক রক্ত-সঞ্চলন বন্ধ হইয়া যাওয়ায় ভ্রূণ শ্বাস পূরণ করিবার চেষ্টা করে ; কিন্তু ফুস্-ফুস্ মধ্যে বায়ু প্রবেশ করিতে না পারায় উহার শ্বাসাবরোধে মৃত্যু হয়। মৃত সন্তানের দেহ কাটিয়া পরীক্ষা করিলে জীবদ্দশায় শিশু যে শ্বাস পূরণের চেষ্টা করিয়াছিল তাহার প্রমাণ পাওয়া যায়। অর্থাৎ শিশুর ফুস্ফুস মধ্যে লাইকর্

কখন কখন সদ্যঃ-প্রসূত সন্তান মৃতবৎ ভূমিষ্ঠ হয়।

এমনিয়াই, শ্লেষ্মা এবং মিকোনিয়াম্ বা শিশুর বিষ্ঠা দেখিতে পাওয়া যায় এবং ফুস্ফুসের রক্তপূর্ণ নাড়ী ছিন্ন হওয়ায় তন্মধ্যে রক্তপাতের চিহ্ন পাওয়া যায়।

এই সকলস্থলে শিশুর আকৃতি যেরূপ হয়।

শ্বাসাবরোধ হইয়া শিশু ভূমিষ্ঠ হইলে প্রায়ই তাহার মুখ স্ফীত ও গাঢ়-নীলিমা প্রাপ্ত হয়। ভূমিষ্ঠ হইয়া কখন কখন শিশু দুই একবার শ্বাস পূরণ করিবার বিফল চেষ্টা করে, কিন্তু রোদন করে না। ষ্টেথ্সকোপ্দ্বারা পরীক্ষা করিলে শিশুর হৃৎপিণ্ড অতি ধীরে ও মৃদুভাবে স্পন্দিত হইতেছে শুনিতে পাওয়া যায়। এরূপ হইলেও শিশুকে পুনর্জ্জীবিত করিবার আশা থাকে। যেসকল স্থলে শিশুর মুখ রক্তপূর্ণ স্ফীত ও নীলিমা প্রাপ্ত না হইয়া পাংশুবর্ণ হয় ও হস্তপদাদি শিথিল হয় এবং হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন থাকে না তথায় ভাবী ফল অত্যন্ত মন্দ।

শিশু মৃতবৎ হইলে তাহার চিকিৎসা।

শিশু মৃতবৎ জন্মিলে তাহার শ্বাসপ্রশ্বাস যাহাতে শীঘ্র প্রবর্ত্তিত হয় তজ্জন্য চেষ্টা করিতে কিছুমাত্র কালবিলম্ব করা কর্ত্তব্য নহে। প্রথমতঃ শিশুর ত্বকের স্নায়ু রীতিমত এরূপ উত্তেজিত করিবার চেষ্টা করা উচিত যাহাতে ঐ উত্তেজনা তাহার মস্তিষ্ক হইতে প্রত্যাবর্ত্তিত হইয়া পেশীসকলের সঙ্কোচ উপস্থিত করে। শিশুর নাভীরজ্জু তৎক্ষণাৎ বান্ধিয়া দিয়া উহাকে প্রসূতির নিকট হইতে অপসৃত করা কর্ত্তব্য। নাভীরজ্জু বান্ধিবার কারণ এই যে জরায়ুর শেষ সঙ্কোচদ্বারা জরায়ু-পাবিস্রবিক রক্তসঞ্চলন একেবারে বন্ধ হইয়া যায়, সুতরাং প্লাসেণ্টার সহিত নাভীরজ্জুর সংস্রব রাখিবার কোন আবশ্যক নাই। শিশুর মুখ অত্যন্ত নীলিমা প্রাপ্ত হইলে নাভীরজ্জু বান্ধিবার পূর্ব্বে তথা হইতে দুই এক বিন্দু রক্ত বাহির করা কর্ত্তব্য। তাহা হইলে রক্তসঞ্চারের যে ব্যতিক্রম হইয়াছিল তাহা সংশোধিত হইবার সম্ভাবনা থাকে। অনেক সময়ে শিশুর বক্ষে দুই একটি তীব্র চপেটাঘাত করিলে অথবা অঞ্জলি মধ্যে অল্প ব্রাণ্ডি লইয়া শিশুর গাত্রে শীঘ্র মর্দ্দন করিয়া দিলে শ্বাসপ্রশ্বাস প্রবর্ত্তিত হইতে দেখা যায়। ইহাতে সফল না হইলে শিশুকে অকস্মাৎ একবার গরম জলে ও পরক্ষণেই শীতল জলে বসাইতে পারিলে প্রায়ই সফল হইতে পারা যায়। এরূপ করিতে হইলে একটি পাত্রে অত্যন্ত উষ্ণ জল ও অপর পাত্রে অত্যন্ত শীতল জল রাখিতে হয়। শিশুর স্কন্ধ ও পদদ্বয় ধারণ করিয়া একবার গরম জলে ও আর একবার শীতল জলে ডুবাইতে হয়। এই-

রূপে আবশ্যক মত একবার গরম ও একবার শীতল জলে দুই তিন বার ডুবা-ইতে হয় এরূপ করিলে প্রায় হাতে হাতে ফল পাওয়া যায়। ডাং প্লেফেয়ার বলেন যে বহুক্ষণ পর্য্যন্ত কৃত্রিম উপায়ে শ্বাসপ্রশ্বাস প্রবর্ত্তিত করিতে না পারিয়া এই উপায়ে সফল হওয়া গিয়াছে।

কৃত্রিম উপায়ে শ্বাস-প্রশ্বাস প্রবর্ত্তিত করা।

এই সকল উপায়ে সফল না হইলে কৃত্রিম উপায়ে শ্বাসপ্রশ্বাস চালাইবার চেষ্টা করিতে হয়। কৃত্রিম উপায়ে শ্বাসপ্রশ্বাস চালাই-বার জন্য যতগুলি পদ্ধতি আছে তন্মধ্যে সিল্‌ভেষ্টার সাহেবের পদ্ধতি সহজে অবলম্বন করা যাইতে পারে এবং শিশুদিগের বক্ষঃ-প্রাচীর অত্যন্ত নমনশীল বলিয়া এই পদ্ধতিটি তাহাদের পক্ষে বিশেষ উপ-যোগী। শিশুকে চিৎ করিয়া শয়ন করাইতে হয় এবং তাহার স্কন্ধদ্বয় ঈষৎ উন্নত করিয়া রাখিতে হয়। চিকিৎসক শিশুর কনুই দুইটি ধরিয়া তাহার মস্তকের উপর একবার উত্তোলন করিবেন এবং পরক্ষণেই শিশুর বক্ষের পার্শ্ব-দেশে ধীরে ধীরে নামাইবেন। এরূপ করিলে শ্বাসপ্রশ্বাস আরম্ভ হয়। ইহাতে কৃতকার্য্য না হইলে মার্শাল্ হলের পদ্ধতি অবলম্বন করা উচিত। তৎসঙ্গে শিশুর ত্বকের স্নায়ুসকল উত্তেজিত করা কর্ত্তব্য।

ফুস্‌ফুস্ মধ্যে কৃত্রিম উপায়ে বায়ুচালন।

শ্বাসপ্রশ্বাস উত্তেজিত করিবার আরও অনেক প্রকার উপায় আছে। একটি নমনশীল ক্যাথিটার্ বা শলকা সাবধানে গ্লটিস্ মধ্যে প্রবিষ্ট করাইয়া তদ্দ্বারা ফুস্‌ফুস্ মধ্যে বায়ু পূরণ করিবার প্রথা ইংলণ্ড ভিন্ন ইউরোপের অন্যান্য প্রদেশে প্রচলিত আছে। গ্লটিস্ মধ্যে শলকা প্রবেশ করান কঠিন নহে। প্রথমে কনিষ্ঠা অঙ্গুলি প্রবেশ করাইয়া তাহার গতি অনুসারে শলকা প্রবেশ করাইতে হয়। শলকা যথা-স্থানে প্রবিষ্ট হইলে, তাহার বাহিরের অংশে মুখ লাগাইয়া তন্মধ্যে ধীরে ধীরে ফুৎকার দিতে হয় এবং শিশুর বক্ষঃপ্রাচীরে চাপ দিয়া প্রবিষ্ট বায়ু বাহির করিয়া দিতে হয়। এই রূপে ১০ সেকেণ্ড অন্তর বায়ু প্রবেশ করান কর্ত্তব্য। এই পদ্ধতির এক সুবিধা এই যে ভূমিষ্ঠ হইবার পূর্ব্বে গর্ভমধ্যে শিশু শ্বাস পূরণ করিবার চেষ্টা করায় তাহার ফুস্‌ফুস্ মধ্যে লাইকর্ এম্নিয়াই প্রভৃতি রস যাহা প্রবেশ করিয়াছিল তাহা শলকাদ্বারা চোষণ করিয়া ফুস্‌ফুস হইতে বাহির করা যায়। ফুস্‌ফুস্ মধ্যে বায়ু পূরণ করিবার আর এক উপায় আছে।

শিশুর নাসিকা টিপিয়া ধরিয়া তাহার মুখমধ্যে সজোরে ফুৎকার দিতে হয় এবং পরক্ষণেই বক্ষে চাপ দিয়া প্রবিষ্ট বায়ু বাহির করিয়া দিতে হয়। কিন্তু এই উপায়টি উক্ত উপায় অপেক্ষা কার্য্যকারী নহে। যাহাহউক কোনমতে শ্বাস-প্রশ্বাস প্রবর্ত্তিত করিতে না পারিলে এই দুইটি উপায় অবলম্বন করা কর্ত্তব্য। ফ্রেণিক্ স্নায়ুর গতি অনুসারে ফ্যারাডিজেশন্ অর্থাৎ তড়িৎ প্রয়োগ করিলে অনেক সময়ে ফল দর্শে। অতএব তাড়িত-যন্ত্র সংগ্রহ করিতে পারিলে এক-বার চেষ্টা করা উচিত। শিশু মৃতবৎ ভূমিষ্ঠ হইয়া এক ঘণ্টা পড়িয়া থাকিবার পরেও তাহাকে পুনর্জ্জীবিত করিবার চেষ্টা করাতে সফল হওয়া গিয়াছে। সুতরাং কালবিলম্ব হইলেও পুনর্জ্জীবিত করিবার চেষ্টা হইতে বিরত হওয়া উচিত নহে। হৃৎপিণ্ডের স্পন্দন যতক্ষণ পর্য্যন্ত থাকে ততক্ষণ হতাশ হইবার আবশ্যক নাই।

শিশুর স্নানও পরিধেয়।

ভূমিষ্ঠ হইবামাত্র শিশু সজোরে রোদন করিলে এবং ধাত্রীর সহায়তা প্রভৃতির আর আবশ্যক না থাকিলে ধাত্রী শিশুকে স্নান করাইয়া বস্ত্র পরিধান করাইবে। শিশুকে স্নান করাই-বার জন্য গরম জল আবশ্যক। গরম জলের পাত্রে শিশুকে রাখিয়া আপাদ মস্তক সাবানদ্বারা ধৌত করাইতে হয়। সদ্যঃপ্রসূত শিশুর গাত্রে যে তৈল-বৎ পদার্থ লাগিয়া থাকে তাহা পরিষ্কার করিবার জন্য তাহার দেহে কোল্ড্ ক্রীম্ অথবা জলপাইএর তৈল মাখান হয় এবং স্নানের সময় এই তৈল উঠা-ইয়া দিতে হয়। শিশুর গাত্র হইতে ভার্নিক্স্ কেজিওসা সম্পূর্ণরূপে পরিষ্কার করিবার জন্য ধাত্রীরা অনেক সময়ে বল প্রকাশ করিয়া থাকে, কিন্তু এরূপ কদাচ কর্ত্তব্য নহে। ভার্নিক্স্ কেজিওসার কোন কোন অংশ শিশুর গাত্রে দৃঢ়সংলগ্ন থাকে এবং তাহা উঠাইবার চেষ্টা করিলে শিশুর আঘাত লাগিবার সম্ভাবনা। সুতরাং বলপূর্ব্বক উঠাইবার চেষ্টা না করিয়া অপেক্ষা করিলে অল্পকালমধ্যে উহা শুষ্ক হইয়া আপনা হইতে পড়িয়া যায়। শিশুর নাভীরজ্জু দগ্ধবস্ত্রখণ্ডদ্বারা বাঁধিয়া দিবার পদ্ধতি আছে। দগ্ধবস্ত্রের পচননিবারক গুণ আছে বলিয়া অনেকের বিশ্বাস আছে। এইরূপে যতদিন শিশুর নাভীরজ্জু শুষ্ক হইয়া পড়িয়া না যায় প্রত্যহ দগ্ধ বস্ত্রদ্বারা বাঁধিয়া দেওয়া হয়। সচরাচর এক সপ্তাহ মধ্যে নাভীরজ্জু খসিয়া পড়ে। তাহার পর নাভীর উপরে কোমল-

বস্ত্রের পদি করিয়া এক খণ্ড ফ্লানেল্ দ্বারা শিশুর পেট বাঁধিয়া দিতে হয়, কিন্তু অধিক দৃঢ় করিয়া বাঁধা কর্ত্তব্য নহে, কারণ তাহা হইলে শ্বাসপ্রশ্বাসের বিঘ্ন ঘটিতে পারে। এইরূপে পেট বাঁধিয়া দিলে নাভী-পথ দিয়া অন্ত্রবৃদ্ধি হইবার আশঙ্কা থাকে না।

পরিধেয় ইত্যাদি। শিশুর পরিধেয় প্রচলিত প্রথা কিম্বা পিতামাতার অবস্থানুসারে বিভিন্ন প্রকার হইয়া থাকে। নবজাত শিশুর অতি সামান্য কারণেই সর্দ্দি লাগিতে পারে, সুতরাং শিশুর পরিচ্ছদ সুশ্রী হউক আর নাই হউক গরম অথচ হাল্কা হওয়া আবশ্যক এবং যাহাতে তাহার অঙ্গপ্রত্যঙ্গ অবাধে খেলিতে পারে তজ্জন্য ঢিলা হওয়া উচিত। ইউরোপের কোন প্রদেশে শিশুর গাত্রে দৃঢ় বন্ধনী প্রভৃতি ব্যবহার করা হয়, কিন্তু তাহা কর্ত্তব্য নহে। শিশুর পরিচ্ছদে পিন্ প্রভৃতি ব্যবহার না করিয়া সেলাই কিংবা সুতা ব্যবহার করিতে হয়। আজকাল শিশুর মস্তকে টুপি ব্যবহার করিবার প্রথা নাই। এইটি ভাল হইয়াছে কারণ ইহাতে শিশুর মস্তক শীতল থাকে। শিশুকে পরিষ্কার পরিচ্ছন্ন রাখিবার জন্য বিশেষ যত্ন করা কর্ত্তব্য। প্রথম প্রথম উহাকে প্রত্যহ একবার করিয়া গরম জলে স্নান করান উচিত। কিন্তু কয়েক সপ্তাহ পরে প্রাতে ও সন্ধ্যা কালে দুইবার স্নান করাইতে হয়। স্নান করাইবার পর শুষ্কবস্ত্রদ্বারা শিশুর গাত্র মুছাইয়া দিতে হয় এবং কুঁচকি, হাতের খাঁজ প্রভৃতি স্থানে বায়লেট্ পাউডার্ বা ফুলারের মৃত্তিকা দিতে হয়, নচেৎ ঐ সকল স্থান হাজিয়া যায়। শিশুর কোমরে এক খণ্ড বস্ত্র জড়াইয়া রাখা আবশ্যক তাহাতে শিশু মলমূত্র ত্যাগ করিবে এবং সর্ব্বদা ঐ বস্ত্র বদলাইয়া দেওয়া উচিত, নতুবা মলমূত্র লাগিয়া শিশুর ত্বক্ হাজিয়া অত্যন্ত কষ্টকর হইয়া উঠে। এই সকল বিষয়ে দৃষ্টি না রাখিলে এবং শিশুর বস্ত্রাদি মন্দ সাবান কি সোডা দিয়া ধৌত করিলে তাহার গাত্রে চুলকনা প্রভৃতি চর্ম্ম রোগ হয়। শিশুকে ধৌত করিয়া এবং পরিচ্ছদ পরাইয়া উত্তম শয্যায় অতি কোমল লেপদ্বারা ঢাকিয়া রাখিতে হয়।

সন্তানকে স্তন্যপান। প্রসূতি কিয়ৎকাল বিশ্রাম করিবার পর শিশুকে স্তন্যপান করাইবে। শিশুকে স্তন্যপান করাইলে জরায়ুসঙ্কোচ ভালরূপে হয়। এই সময়েও প্রসূতির স্তনে অল্পাধিক পরিমাণে কোলাষ্ট্রাম্ নামক এক প্রকার

তরল পদার্থ থাকে। কোলাষ্ট্রাম্ এক প্রকার গাঢ় চট্‌চটে হরিদ্রাবর্ণ পদার্থ এবং দেখিতে স্তন দুগ্ধ হইতে বিভিন্ন প্রকার। স্তন দুগ্ধ তরল পীতাভ এবং উহা কিয়ৎকাল পরে উৎপন্ন হয়। অণুবীক্ষণ যন্ত্রদ্বারা পরীক্ষা করিলে কোলাষ্ট্রাম্ মধ্যে কতকগুলি দুগ্ধকণা এবং বহুসংখ্যক বড় বড় দানার ন্যায় কণা ও ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র মেদকণা দেখিতে পাওয়া যায়। কোলাষ্ট্রামের বিরেচক গুণ আছে। শিশুর অন্ত্র মিকোনিয়াম্ বা বিষ্ঠায় পূর্ণ থাকে। কোলাষ্ট্রাম্ পান করিলে অতিশীঘ্র শিশু মিকোনিয়াম্ ত্যাগ করে অথচ অন্য কোন বিরেচক ঔষধির ন্যায় অনিষ্ট করে না। অতএব ভূমিষ্ঠ হইবার পর কয়েকদিন পর্য্যন্ত এরণ্ড তৈল প্রভৃতি বিরেচক ঔষধি প্রয়োগ করিতে নিষেধ করা কর্ত্তব্য। তবে আবশ্যক হইলে অর্থাৎ কোলাষ্ট্রাম্ পান করিয়াও ভালরূপ কোষ্ঠ পরিষ্কার না হইলে বিরেচক ঔষধি দিবার কোন বাধা নাই।

শিশুকে অত্যন্ত ঘন ঘন পান করান কর্ত্তব্য নহে।

প্রসবের পর যে কয়েকদিন পর্য্যন্ত রীতিমত দুগ্ধক্ষরণ না হয় শিশুকে অনেকক্ষণ অন্তর স্তন্যপান করান কর্ত্তব্য। স্তনে দুগ্ধ না থাকিলে শিশুকে স্তনপান করিতে দেওয়ায় কোন লাভ নাই বরং ইহাতে প্রসূতি ও সন্তান উভয়েই বিরক্ত হয় এবং প্রসূতির স্তনে অতিরিক্ত উত্তেজনা হওয়ায় অনিষ্ট ঘটিতে পারে। সুতরাং ভূমিষ্ঠ হইবার পর দুই এক দিন পর্য্যন্ত দিনরাত্রি মধ্যে শিশুকে দুই তিনবারের অধিক স্তনপান করান উচিত নহে। অনেক প্রসূতির এরূপ ধারণা আছে যে সন্তানকে ঘন ঘন স্তনপান না করাইলে তাহাকে অনাহারে রাখা হয়, কিন্তু এইটি অত্যন্ত ভুল। মধ্যে মধ্যে জলমিশ্রিত গাভী দুগ্ধ অল্পপরিমাণে দিলে, যে অবধি প্রসূতির স্তনে দুগ্ধ না আইসে সে পর্য্যন্ত, সন্তান চুপ করিয়া থাকিতে পারে অথচ কোন ক্ষতি হয় না। প্রসবের পর তৃতীয় দিবসে প্রায় স্তনে দুগ্ধ আসিয়া থাকে। স্তনদুগ্ধ দেখিতে ঈষৎ পীতাভ ও শ্বেতবর্ণ, গাভী দুগ্ধ অপেক্ষা পাতলা। অণুবীক্ষণদ্বারা পরীক্ষা করিলে স্তনদুগ্ধে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র গোল গোল কণা প্রচুর পরিমাণে দেখা যায় এবং এই সকল কণা হইতে আলোক প্রতিহত হয়। স্তনদুগ্ধ যত ভাল হইবে উহাতে তত অধিক কণা থাকিবে। সন্তান ভূমিষ্ঠ হইবার অল্পকাল পরেই স্তন দুগ্ধে দানা দানা কণা দেখিতে পাওয়া যায়, কিন্তু একমাস গত হইলে আর দেখা যায় না। রাসায়-

নিক পরীক্ষায় স্তনদুগ্ধ ক্ষারধর্ম্মবিশিষ্ট বোধ হয়। আস্বাদন করিলে গাভীদুগ্ধ অপেক্ষা স্তনদুগ্ধ অধিক মিষ্ট বলিয়া বোধ হয়।

প্রসূতি সাধ্যমত স্বয়ং স্তনদান করিবে।

পূর্ব্বে বলা গিয়াছে যে প্রসূতি সুস্থ থাকিলে সাধ্যমত স্বয়ং সন্তানকে স্তন পান করাইবে। কারণ স্বয়ং স্তনপান করাইলে জরায়ু স্বাভাবিক অবস্থায় আসিবার প্রক্রিয়ার অনেক সুবিধা হয়। তবে প্রসূতি ষ্ট্রুমাস্‌ধাতু বিশিষ্টা হইলে অথবা তাহার বংশ পরম্পরায় যক্ষা হইবার প্রবৃত্তি বর্ত্তমান থাকিলে কিংবা প্রসূতি স্বয়ং অত্যন্ত কৃশা ও দুর্ব্বলা হইলে সন্তানকে স্বয়ং স্তন পান করান কর্ত্তব্য নহে; নতুবা সকল স্থলেই যাহাতে প্রসূতি স্বয়ং সন্তানকে স্তনপান করায় তাহা ধাত্রী চিকিৎসকের কর্ত্তব্য। প্রসবের পর অন্ততঃ ২।১ মাস পর্য্যন্ত সন্তানকে স্তন্য দান করা প্রসূতির সর্ব্বতোভাবে কর্ত্তব্য। বিলাতীয় সমাজের উচ্চ শ্রেণীস্থ স্ত্রীলোকেরা ইচ্ছাসত্ত্বেও সন্তানকে স্বয়ং স্তন্যদান করিতে অসমর্থা হয়। কারণ তাহাদের মধ্যে কাহার কাহার স্তনে আদৌ দুগ্ধ থাকে না এবং কাহার বা স্তনে প্রথম প্রথম প্রচুর পরিমাণে জলবৎ অপুষ্টিকর দুগ্ধ আসিয়া কিছু দিনের মধ্যেই একেবারে বন্ধ হইয়া যায়।

প্রসূতি স্বয়ং স্তন্যপান করাইতে না পারিলে ধাত্রী নিযুক্ত করা কর্ত্তব্য।

প্রসূতি সন্তানকে স্বয়ং স্তনপান করাইতে না পারিলে কিরূপে সন্তানকে লালন পালন করিতে হইবে তাহা বিচার করা উচিত। নানাকারণে আজকাল সন্তানকে বোতল দ্বারা দুগ্ধপান করাইবার প্রথা অধিক প্রচলিত হইতে দেখা যাইতেছে। এমন কি যাহারা ধাত্রী নিযুক্ত করিবার খরচের দিকে দৃক্‌পাত না করে তাহারাও ধাত্রী নিযুক্ত না করিয়া বোতল মনোনীত করে। স্তনদুগ্ধ না দিয়া কৃত্রিম উপায়ে সন্তানকে লালন পালন করা যে অন্যায় তাহা সহজেই বুঝা যায়। কেন না স্তনদুগ্ধ স্বভাবতই সন্তানের স্বাস্থ্যোপযোগী, তৎপরিবর্ত্তে অন্য কিছু ব্যবহার করা কর্ত্তব্য নহে। অতএব সন্তানকে কৃত্রিম উপায়ে লালন পালন করিতে দেখিলে নিষেধ করা কর্ত্তব্য। যদিও অনেক স্থলে বোতলদ্বারা লালিত পালিত শিশু বেশ সুস্থ থাকে বটে, তথাপি বয়োবৃদ্ধি হইলে এই সকল সন্তান স্তনদুগ্ধ দ্বারা পালিত সন্তানের ন্যায় হৃষ্টপুষ্ট ও বলবান্ হয় না। এতদ্ব্যতীত কেবল হস্তসাহায্যে লালন পালন

করিতে হইলে ধাত্রীকে অত্যন্ত বুদ্ধিমতী হওয়া চাই; কারণ শিশুর খাদ্য সম্বন্ধে সামান্য ভুল হইলে অথবা দুষ্পাচ্য খাদ্য দিলে বিশেষ অনিষ্ট ঘটা সম্ভব। এইজন্য হস্তসাহায্যে দুগ্ধাদিদ্বারা লালন পালন না করিয়া ধাত্রীর স্তন্যপান করান নিতান্ত আবশ্যক। তবে ধাত্রী মনোনীত করা বিশেষ সাবধানের কার্য্য, কারণ অসুস্থ ধাত্রীর স্তনপান করান অপেক্ষা সাবধানে হস্তদ্বারা লালন পালন করা ভাল। সন্তানকে স্তন পান করাইবার জন্য ধাত্রী মনোনীত করা চিকিৎসকের কার্য্য, সুতরাং ধাত্রীর যে সকল গুণ থাকা আবশ্যক প্রথমে তাহাই বলা যাইতেছে তৎপরে সন্তানকে কিরূপে লালন পালন করা কর্ত্তব্য বলা যাইবে।

শিশুকে স্তন্য দান করিবার জন্য ধাত্রী নিযুক্ত করিতে হইলে ধাত্রী ধাত্রী মনোনীত করা। সুস্থকায় ও বলিষ্ঠা হওয়া উচিত এবং তাহার বয়ঃক্রম ৩০।৩৫ বৎসরের অধিক হওয়া উচিত নহে। কারণ বয়ঃক্রম অধিক হইলে দুগ্ধ বিগুণ হয়। দুগ্ধ বিগুণ হয় বলিয়া অল্পবয়স্কা (১৬।১৭ বৎসর) স্ত্রীলোককেও সন্তানের ধাত্রী নিযুক্ত করা কর্ত্তব্য নহে। ধাত্রীর ধাতুগত কোন পীড়া না থাকে তাহা অবধারণ করা উচিত। বিশেষতঃ স্ক্রফ্যুলা রোগের চিহ্ন অথবা গ্রীবা কি কুঁচ্কির কোন গ্রন্থি বিবৃদ্ধ না থাকা নিতান্ত উচিত। কারণ এই সকল গ্রন্থি বিবৃদ্ধ থাকিলে পুর্ব্বে উপদংশ রোগ থাকা সম্ভব। ধাত্রীর মাংসপেশী সমূহ উত্তমরূপে পুষ্ট হওয়া আবশ্যক। ধাত্রী দেখিতে সুশ্রী এবং তাহার দন্তপাঁতি সুগঠিত হওয়া আবশ্যক। দন্তপাঁতি সুগঠিত হইলে সাধারণতঃ স্বাস্থ্যের লক্ষণ বলিয়া বুঝিতে হয়। ধাত্রীর চক্ষু ও কেশের বর্ণ উত্তম হউক আর নাই হউক তাহাতে কোন ক্ষতি নাই। সাধারণের বিশ্বাস এই যে গৌরাঙ্গী অপেক্ষা শ্যামাঙ্গী স্ত্রীলোক ভাল ধাত্রী হয়। কিন্তু ইহার কোন অর্থ নাই। উল্লিখিত গুণ থাকিলে গৌরাঙ্গী ও সুকেশী হওয়ায় কোন আপত্তি নাই। ধাত্রীর স্তনদ্বয় পিয়ার্ (নাশ পাতী) ফলের ন্যায় আকৃতি বিশিষ্ট ও কিছু দৃঢ় হওয়া আবশ্যক এবং উহাদের ত্বকের উপর শিরা সকল স্পষ্ট দেখা গেলে ভাল হয়। স্তন দৃঢ় হইলে উহাতে প্রচুর গ্রন্থি আছে বুঝিতে হইবে। স্তনদ্বয় বড় হইলে ও ঝুলিয়া পড়িলে অধিক মেদ আছে বুঝা যায়, সুতরাং এরূপ স্তন ভাল নহে। স্তনের চুচুক (বোঁটা)

উন্নত থাকা উচিত, কিন্তু উহা অধিক বড় না হয় এবং উহাতে ক্ষত কি ফাটা না থাকে। ক্ষত কি ফাটা থাকিলে সন্তানকে স্তন পান করান কষ্টকর হইয়া উঠে। স্তন টিপিলে তৎক্ষণাৎ ফিন্‌কি দিয়া দুগ্ধ বাহির হওয়া উচিত। নির্গত দুগ্ধ পরীক্ষা করিবার জন্য রাখা উচিত। স্তনদুগ্ধ ঈষৎ নীলাভ ও শ্বেতবর্ণ। অণুবীক্ষণদ্বারা পরীক্ষা করিলে স্তনদুগ্ধে প্রচুর পরিমাণে দুগ্ধকণা দেখিতে পাওয়া যায়। কিন্তু উহাতে কোলাষ্ট্রামের বড় বড় দানাযুক্ত কণা থাকা ভাল নহে। প্রসবের পাঁচ ছয় সপ্তাহ পরে কোন স্ত্রীলোকের স্তন-দুগ্ধে কোলাষ্ট্রামের কণা অধিক দেখা গেলে তাহার দুগ্ধ ভাল নহে বুঝিতে হইবে। যে ধাত্রী সন্তানকে স্তন পান করাইবার জন্য নিযুক্ত হইবে তাহার রীতি ও চরিত্র পবিত্র হওয়া আবশ্যক। এই সম্বন্ধে চিকিৎসক প্রায় কিছুই জানিতে পারেন না, কিন্তু তদ্বিষয়ে অনুসন্ধান করা কর্ত্তব্য। যে ধাত্রী অল্পে-তেই ক্রোধাবিষ্টা হয় অথবা সহজেই উত্তেজিতা হয় অথবা বায়ুপ্রকৃতি বিশিষ্টা হয় তাহাকে নিযুক্ত করা উচিত নহে, কারণ সামান্য কারণেই তাহার স্তনদুগ্ধ বিগুণ হইয়া উঠে। ধাত্রীর নিজ সন্তানের স্বাস্থ্য কিরূপ তাহা বিশেষ করিয়া অনুসন্ধান করা উচিত, কারণ ধাত্রীর নিজ সন্তান হৃষ্টপুষ্ট থাকিলে তাহার স্তনদুগ্ধ ভাল বুঝিতে হইবে। কিন্তু ধাত্রীপুত্র শীর্ণ ও দুর্ব্বল হইলে বিশেষতঃ তাহার নাসিকা দিয়া ক্রমাগত সর্দ্দি গড়িলে অথবা তাহার গাত্রে কোন প্রকার চর্ম্ম রোগ থাকিলে উপদংশ দোষ থাকা সম্ভব, সুতরাং এরূপ সন্তানের মাতাকে ধাত্রী নিযুক্ত করা কখন উচিত নহে।

সন্তানকে স্তন্য দান। ধাত্রী কি প্রসূতি যিনিই সন্তানকে স্তন্য দান করিবেন তাঁহাকে একই নিয়মানুসারে চলিতে হইবে। স্তনে রীতিমত দুগ্ধ আসিতে আরম্ভ করিলে সন্তানকে ঘন ঘন স্তন পান করাইতে দেওয়া উচিত। প্রথম প্রথম দুই ঘণ্টা অন্তর এবং এক মাস কি দেড় মাস পর তিন ঘণ্টা অন্তর সন্তানকে স্তন পান করিতে দিতে হয়। প্রসব হইবার পর হইতেই সন্তানকে স্তন্য দান সম্বন্ধে নিয়মিত সময় নির্দ্ধারিত করা প্রসূতির অবশ্য কর্ত্তব্য। সন্তান যতবার কাঁদিবে ততবার তাহাকে স্তন পান করাইয়া শান্ত করিতে অভ্যাস করাইলে প্রসূতির নিজ স্বাস্থ্য ভঙ্গ হয়। এতদ্ব্যতীত ক্রমাগত সন্তানকে ক্রোড়ে লইয়া শয়ন করিয়া কি বসিয়া থাকা যে কতদূর

কষ্টকর তাহা বলা বাহুল্য। আবার সন্তান ক্রমাগত স্তন পান করিলে শীঘ্র দুগ্ধ জীর্ণ করিবার অবসর পায় না কাজেই অল্প দিনের মধ্যে উদরাময় অথবা অন্য কোন অজীর্ণের লক্ষণ নিশ্চয়ই উপস্থিত হয়। এক মাস কি দুই মাস গত হইলে শিশুকে রাত্রিতে দুই একবার মাত্র স্তন পান করিতে দিতে হয়। কারণ রাত্রিকালে অন্ততঃ ছয় সাত ঘণ্টা অবিরত নিদ্রা প্রসূতির পক্ষে নিতান্ত আবশ্যক। এই জন্য সন্তানকে রাত্রিতে স্তন পান করাইবার সময় নিরূপিত করা আবশ্যক। প্রসূতি নিদ্রা যাইবার পূর্ব্বে সন্তানকে একবার স্তন দান করিবে, আবার প্রাতে নিদ্রা ভঙ্গ হইলে একবার স্তন পান করাইবে। ইহার মধ্যে সন্তানকে খাওয়াবার আবশ্যক হইলে জলমিশ্রিত একটু দুগ্ধ বোতলে করিয়া সন্তানকে দেওয়া যাইতে পারে।

যাহারা সন্তানকে স্তন্য দান করে তাহাদের পথ্য।

যে স্ত্রীলোক সন্তানকে স্তন্য দান করিবে তাহার পথ্য স্বাস্থ্য রক্ষার সাধারণ নিয়মানুসারে স্থির করা উচিত। ধাত্রী কি প্রসূতির পথ্য পরিমাণে যথেষ্ট হওয়া উচিত এবং উহা সুপাচ্য ও পুষ্টিকর হওয়া আবশ্যক। কিন্তু অধিক মসলা কি অধিক ঘৃতযুক্ত হইবে না, অথবা উত্তেজক গুণবিশিষ্ট হইবে না। বেতনভোগিনী ধাত্রীরা প্রায়ই অতি ভোজন করিয়া থাকে, সুতরাং তাহাদের দুগ্ধও প্রায় বিগুণ হয়। প্রসূতিদিগের মধ্যেও অনেকে প্রসব হইবার পূর্ব্বে লঘু ও অল্পাহার করিয়া থাকে, কিন্তু যেমন প্রসব হয় অমনি ৩।৪ বার মাংসাদি গুরুপাক খাদ্য খাইয়া এবং তিন চারি গ্লাস ষ্টাউট্ মদ্য পান করিয়া থাকে। ইহা ধনাঢ্য শ্রেণীর মেম্‌দিগের মধ্যেই অধিক। এরূপ করিলে যে তাহাদের দুগ্ধ শিশু সহ্য করিতে পারিবে না তাহা বিচিত্র নহে। ধাত্রী কি প্রসূতি যত দিন শিশুকে দুগ্ধপান করাইবে ততদিন প্রত্যহ দুইবার মাংস খাইলে ও দুই গ্লাস্ বিয়ার্ কি পোর্টার্ মদ্য পান করিলে ভাল হয় এবং এতদ্ব্যতীত মধ্যে মধ্যে যত ইচ্ছা দুগ্ধরুটি ও মাখম খাইবার আপত্তি নাই। প্রত্যহ লঘু পরিশ্রম করা ধাত্রী ও প্রসূতি উভয়েরই কর্ত্তব্য। আকাশ পরিষ্কার থাকিলে শিশুও ধাত্রী উভয়কেই বিশুদ্ধ বায়ুসেবন করিবার জন্য উদ্যানাদি স্থানে পাঠান কর্ত্তব্য।

উক্ত নিয়মে ধাত্রী ও শিশুকে রাখিতে পারিলে সন্তান পালনে কোন কষ্টই

পুষ্টিসূচকদুগ্ধ ক্ষরণের চিহ্ন। হয় না। শিশু সন্তান আহার করিবার পর অধিকাংশ সময়ই নিদ্রাতে অতিবাহিত করে এবং নিয়মিত সময়ে আহার করিবার জন্য সুপ্তোত্থিত হয়। কিন্তু শিশু নিদ্রিত না হইয়া অস্থির হইলে অথবা আহারের পর ক্রন্দন করিলে অথবা তাহার কোষ্ঠ বদ্ধ কি উদরাময় হইলে কিম্বা দিন দিন ওজনে না বাড়িলে সন্তানের লালন পালনে কোন দোষ হইতেছে অথবা স্তন দুগ্ধ সহ্য হইতেছে না বুঝিতে হইবে। সন্তান হৃষ্টপুষ্ট হইতেছে কিনা জানিবার জন্য মধ্যে মধ্যে তাহাকে ওজন করা উচিত। উক্ত উপায়ে শিশুকে হৃষ্টপুষ্ট করিতে চেষ্টা করিয়াও যদি সফল না হওয়া যায় তবে অগত্যা শিশুর খাদ্য পরি-বর্ত্তন অথবা তাহার ধাত্রী পরিবর্ত্তন করিতে বাধ্য হইতে হয় এবং শিশুকে হস্তদ্বারা লালিত করিতে হয়। অবস্থা ভাল হইলে সুবিধামত ধাত্রী পরিবর্ত্তন করাই শ্রেয়ঃ। ধনাঢ্য ব্যক্তিদিগকে ২। ৩ বার ধাত্রী পরিবর্ত্তন করিতে বাধ্য হইতে হয়। এরূপ করিলে পর যে ধাত্রীর দুগ্ধ শিশুর সহ্য হয় তাহাকেই নিযুক্ত করা হয়। শিশুর ৬। ৭ মাস বয়ঃক্রম হইলে তাহাকে স্তনপান করিতে না দিলে ক্ষতি নাই। কিছু দিবস মাতৃস্তনপান করিবার পর হস্তদ্বারা শিশুকে পালন করিলে কোন অনিষ্ট হয় না।

স্তনপান বন্ধ করিবার কাল। শিশুর রীতিমত দন্ত নির্গম না হইলে স্তনপান বন্ধ করা উচিত নহে। দন্ত নির্গত হইলেই শিশুর আহার পরিবর্ত্তনের সময় উপস্থিত হইয়াছে বুঝিতে হইবে। যত দিন শিশুর ৬।৭টি দন্ত নির্গত না হয় ততদিন পর্য্যন্ত তাহাকে প্রধানতঃ স্তন দুগ্ধ দেওয়া কর্ত্তব্য। শিশুর বয়ঃক্রম অনুসারে স্তন ছাড়ান উচিত নহে, কারণ সকল শিশুর একই বয়সে দন্ত নির্গম হয় না। শিশুর ছয় সাত মাস বয়স হইলে উপযোগী কোন কৃত্রিম খাদ্য খাওয়াইতে অভ্যাস করান ভাল, তাহা হইলে প্রসূতির কষ্টের লাঘব হয় ও শিশু স্তন ত্যাগ করিতে ক্রমশঃ অভ্যস্ত হয়। অকস্মাৎ স্তন্য বন্ধ করা কোনমতেই উচিত নহে। সুতরাং ঐ বয়স হইতে শিশুকে অল্প রাস্ক আদি মিষ্ট দ্রব্য অথবা ময়দায় প্রস্তুত কোন খাদ্য অথবা বিফটি কি মুরগী শাবকের টি রুটির শস্য দিয়া অল্প অল্প খাওয়ান কর্ত্তব্য। এইরূপে ক্রমে ক্রমে একবারের স্থলে দুইবার ঐরূপ খাদ্য খাইতে দিয়া শিশুকে স্তন ছাড়াইলে শিশু কি প্রসূতি কাহার কষ্ট হয় না।

স্তন্য ক্ষরণকালে বিবিধ অসুখ উপস্থিত হইতে দেখা যায়; সুতরাং এস্থলে সচরাচর যেসকল অসুখ ঘটে তাহা বলা যাইতেছে।

দুগ্ধ ক্ষরণকালে অসুখ।

দুগ্ধক্ষরণ বন্ধ করিবার উপায়।

সন্তানকে স্তনপান করাইতে প্রসূতির পক্ষে নিষিদ্ধ হইলে কিরূপে তাহার স্তনদুগ্ধক্ষরণ বন্ধ করিতে হইবে তাহা জানা ধাত্রীচিকিৎসকের আবশ্যক। আবার সন্তানকে স্তন ছাড়াইবার সময়ও দুগ্ধক্ষরণ বন্ধ করা আবশ্যক হয়। যেস্থলে আদৌ স্তন পান করাইতে প্রসূতি নিষিদ্ধ হয় তথায় স্তনে অধিক দুগ্ধ থাকায় স্তনদ্বয় অত্যন্ত ভারী, গরম ও বেদনাযুক্ত হয়। এই অবস্থায় তীব্র লবণাক্ত বিরেচক প্রয়োগ করিলে দুগ্ধক্ষরণ বন্ধ হয়। তজ্জন্য দুইটি সিড্‌লিট্‌জ্‌ চূর্ণ অথবা অল্পমাত্রায় ঘন ঘন সাল্‌ফেট্‌ অফ্‌ ম্যাগ্‌নিসিয়া দিলে ভাল হয়। উক্ত বিরেচক সেবন কালে প্রসূতিকে তরল পদার্থ পান করিতে দিতে নাই। ২০।২৫ গ্রেণ্‌ মাত্রায় আয়োডাইড্‌ অফ্‌ পোটাসিয়াম্‌ দিবসে ২।৩ বার দিলে প্রায়ই দুগ্ধ ক্ষরণ বন্ধ হয়। আয়োডাইডের এই গুণ দৈবাৎ জানা গিয়াছে। প্রসবের পর অন্য কারণে উক্ত ঔষধ প্রয়োগ করিবার আবশ্যক হওয়ায় দুগ্ধক্ষরণ বন্ধ হইতে দেখা গিয়াছে। ডাং প্লেফেয়ার্‌ বলেন যে ঐ ঔষধে দুগ্ধক্ষরণ বন্ধ হইতে তিনি সচরাচর দেখিয়াছেন। দুগ্ধ জমিয়া থাকার জন্য স্তনদ্বয়ের ভার ও স্ফীতি দূর করিতে হইলে একখণ্ড লিণ্ট্‌ স্পিরিট্‌ লোশন্‌ অথবা ইউ-ডি-কেলোনে ভিজাইয়া উহাতে সর্ব্বদা লাগাইয়া রাখিতে হয় এবং অইল্‌-সিল্‌ক্‌ অথবা গটাপার্চাদ্বারা ঐ লিণ্ট্‌ ঢাকিয়া রাখিতে হয়। স্তনদ্বয় যখন কঠিন ও গাঁটযুক্ত হইবে তখন গরম তৈলদ্বারা মালিশ করা উচিত। দুগ্ধ বাহির করিবার জন্য ব্রেষ্ট্‌ পাম্প্‌ প্রভৃতি যন্ত্র ব্যবহার করা কর্ত্তব্য নহে। কারণ তাহাতে কেবল স্তনদ্বয় উত্তেজিত হয়। বেলেডোনার স্থানিক প্রয়োগদ্বারা দুগ্ধক্ষরণ বন্ধ হয় বলিয়া প্রসিদ্ধ আছে, এইজন্য অনেকে ইহা ব্যবহার করিতে অনুমোদন করেন। কিন্তু সচরাচর যেরূপ বেলেডোনা প্লাষ্টার্‌ ব্যবহার করা হয় তাহা অনিষ্টকর, কারণ বেলেডোনা প্লাষ্টার্‌ চর্ম্মের উপর প্রস্তুত করা হয়, সুতরাং স্তনদ্বয় স্ফীত হইলে প্রসূতির অত্যন্ত যাতনা হয়। তদপেক্ষা এক ড্রাম্‌ বেলেডোনা এক্‌ষ্ট্রাক্‌ট্‌ এক আউন্স্‌ গ্লিসিরিণ্‌এর সহিত উত্তমরূপে মিশাইয়া একখণ্ড লিণ্টে উপর মাখাইয়া স্তনে দিলে ভাল হয়। কোন কোন

স্থলে ইহাদ্বারা বিশেষ উপকার হয়, কিন্তু ইহার কার্য্য অত্যন্ত অনিশ্চিত এবং অনেক সময়ে ইহাদ্বারা কোন ফলই হয় না।

প্রসূতির স্তনে ভালরূপ দুগ্ধ না থাকিলে সন্তান পালন করা কঠিন হয়। ধাত্রীর স্তনে দুগ্ধ না থাকিলে ধাত্রী পরিবর্ত্তন করা চলে, কিন্তু প্রসূতির স্তনে ভালরূপ দুগ্ধ না থাকিলে কাজেকাজেই যাহাতে অধিক দুগ্ধক্ষরণ হয় এরূপ ঔষধি প্রয়োগ করা আবশ্যক হয়, অথবা সন্তানকে অন্য কোন খাদ্য ব্যবস্থা করিতে হয়। দুর্ভাগ্যবশতঃ দুগ্ধক্ষরণ বৃদ্ধি করিবার যে সকল ঔষধি আছে তাহার উপর নির্ভর করা যায় না। আজকাল এরণ্ড পত্রের পোল্‌টিস্ প্রস্তুত করিয়া স্তনের উপর লাগাইতে অনেকে অনুমোদন করেন। ইহাদ্বারা দুগ্ধক্ষরণ উত্তমরূপে হইতে দেখা গিয়াছে। দুগ্ধক্ষরণ বৃদ্ধি করিবার জন্য পুষ্টিকর পথ্যের উপর বিশেষতঃ যাহাতে ফসফেট্‌স্ অধিক আছে এরূপ খাদ্যের উপর অধিক নির্ভর করা কর্ত্তব্য। ডাং রুথ্ এবিষয়ে সমধিক যত্ন করিয়া স্থির করিয়াছেন যে প্রসূতিদের পক্ষে বাইন মৎস্যের কালিয়া, ঝিনুক, কাঁকড়া, রেভেলেণ্টা এরাবিকা প্রভৃতি খাদ্য উপকারী। দুগ্ধের পরিমাণ যদি নিতান্ত অল্প হয় তবে সন্তানকে অধিক স্তন পান করিতে দিতে নাই তাহা হইলে দুগ্ধ জমিতে পায়। এই অবস্থায় সন্তানকে নিয়মিতরূপে প্রস্তুত গাভীদুগ্ধ বোতলে করিয়া মধ্যে মধ্যে পান করিতে দিতে হয়। স্তন দুগ্ধ ও গাভী দুগ্ধ উভয়ই দেওয়া উচিত, কেবল গাভী দুগ্ধ দিতে নাই।

স্তন দুগ্ধ অল্পক্ষরণ।

বিলাতী মেয়েরা বক্ষোদেশে ষ্টে নামক একপ্রকার পরিচ্ছদ ব্যবহার করে বলিয়া তাহাদের স্তনের চুচুক অন্তর প্রবিষ্ট হইয়া যায়। ইহার ফল এই যে সন্তান স্তনপান করিতে গেলে চুচুক ধরিতে পারে না এবং ক্রমাগত এইরূপ হওয়ায় অবশেষে বিরক্ত হইয়া আর স্তনপান করিতে চাহে না। এইজন্য সন্তানের মুখে চুচুক দিবার পূর্ব্বে অঙ্গুলিদ্বারা অথবা ব্রেষ্ট্ পাম্প্ যন্ত্রদ্বারা চুচুক টানিয়া লম্বা করিবার চেষ্টা করা কর্ত্তব্য। এই উদ্দেশে ব্রেষ্ট্ পাম্প্ যন্ত্র অনেক উপকারে আইসে। যেসকল স্থলে চুচুক এরূপ অন্তর প্রবিষ্ট হইয়াছে যে কোন মতেই বাহির করা যায় না তথায় কাচ-নির্ম্মিত নিপ্‌ল্‌শীল্‌ড্ যন্ত্র স্তনে লাগাইয়া এবং ঐ যন্ত্রে, দুগ্ধ পান করিবার বোতলে যেরূপ রবারের নল থাকে সেইরূপ, লাগাইয়া তদ্বারা সন্তানকে

অন্তর্ প্রবিষ্ট চুচুক।

স্তনপান করিতে দিতে হয়। এরূপ করিলে শিশু সহজে স্তন পান করিতে পারে।

প্রসূতির চুচুকের স্থানে স্থানে ফাটিয়া গিয়া অথবা হাজা ধরিয়া সময়ে চুচুক ফাটিয়া যাওয়া ও সময়ে অত্যন্ত কষ্টকর হইয়া পড়ে এবং ইহা হইতে তাহাতে হাজা ধরা। ঠুনকা এবং স্তন-স্ফোট পর্য্যন্ত হইতে পারে। এই জন্য গর্ভের শেষ কয়েক মাস হইতে যাহাতে স্তন পান করাইবার সময় চুচুক উক্ত রূপ না হইতে পায় তজ্জন্য চিকিৎসকের যত্নবান্ থাকা উচিত। জলমিশ্রিত স্পিরিট্ অথবা ট্যানিন্ প্রভৃতি সঙ্কোচক দ্রব্যের জল কিম্বা জলমিশ্রিত ইউ-ডি-কলোন্ দ্বারা প্রত্যহ চুচুকদ্বয় ধৌত করিতে পরামর্শ দিতে হয়। সন্তানকে স্তনপান করাইবাব পর স্তনদ্বয় ধৌত ও শুষ্ক করা প্রতিবারেই কর্ত্তব্য। চুচুক বেদনাযুক্ত হইলে দস্তার নিপল্ শীল্ড্ ব্যবহার করিলে ভাল হয়। এবং যখন সন্তান স্তনপান না কবিবে তখনও উক্ত শীল্ড্ ব্যবহার করা উচিত। এই সকল উপায় অবলম্বন করিলে চুচুক ফাটিতে পায় না। কিম্বা উহাতে হাজা ধরিতে পায় না। সচবাচর চুচুকের উপর কোন প্রকার আঁচড় লাগে এবং অযত্ন করিলে এই আঁচড় ক্রমশঃ একটি ক্ষতে পরিণত হয়। কখন কখন চুচুকের নিম্নদেশে ঈষৎ ফাটিয়া গিয়াও থাকে। এই উভয় স্থলেই শিশুকে স্তনপান করাইবার সময় অশেষ যন্ত্রণা হয়, এমন কি স্তনপান করাইবার সময় আসিলে প্রসূতির অত্যন্ত ভয় হয়। এরূপ হইলে সাবধানে চুচুক পরীক্ষা করা আবশ্যক। ঐ ক্ষত কিম্বা ফাটা এত সামান্য ও ক্ষুদ্র হয় যে সাবধানে পরীক্ষা না করিলে কিছুই জানিতে পারা যায় না। ইহার চিকিৎসা সম্বন্ধে অনেকে অনেক প্রকার ঔষধি উল্লেখ করেন, কিন্তু সকলগুলি সকল সময়ে উপকারী হয় না। সচরাচর ট্যানিন্ প্রভৃতি সঙ্কোচক ঔষধি ব্যবহৃত হয় অথবা অল্প কষ্টিক্ অধিক জলে গুলিয়া লাগান হয়। কেহ কেহ কষ্টিক পেন্সিল্দ্বারা ক্ষতের মুখ পোড়াইতে বলেন অথবা ফার্মাকোপীয়া সম্মত ফ্লেক্সিবল্ কলোডিয়ন্ দিতে বলেন। গ্লাস্গো নগরের ডাঃ উইল্সন্ বলেন যে ১০ গ্রেণ নাইট্রেট্ অফ্ লেড্ এক আউন্স্ গ্লিসারিনে গুলিয়া লাগাইলে বিশেষ উপকার হয়। কিন্তু সন্তান যখন স্তনপান করিবে তখন উত্তমরূপে স্তন ধৌত করিয়া ফেলা কর্ত্তব্য। ডাঃ প্লেফেয়ার্ বলেন যে অর্দ্ধ আউন্স্ সল্ফিউরাস এসিড্, অর্দ্ধ

আউন্স্ গ্লিসারিণ্ অফ্ ট্যানিন্ এক আউন্স্ জলে গুলিয়া স্তনে লাগাইলে যেরূপ উপকার হয় এরূপ আর কিছুতেই হয় না। এইটি অমোঘ ঔষধ। স্তনে নিপ্‌ল্ শীল্ড্ লাগাইয়া সন্তানকে স্তনপান করিতে দিলে অনেক সময়ে যন্ত্রণার লাঘব হয়; কেবল হাজা থাকিলে উহাদ্বারা উপকার হয় বটে, কিন্তু ইহাতে অনেক সময়ে যন্ত্রণার লাঘব না হইয়া বরং অত্যন্ত বৃদ্ধি হয়।

অধিক দুগ্ধ ক্ষরণ।

কোন কোন দুর্ব্বল ও ক্ষীণ স্ত্রীলোকের প্রসবের পর কয়েক সপ্তাহ পর্য্যন্ত জলবৎ ও অপুষ্টিকর দুগ্ধ প্রচুর পরিমাণে ক্ষরণ হইতে দেখা যায়। ইহাকে গ্যালাক্‌টোহ্রিয়া বলে। এই দুগ্ধ আদৌ সন্তানপোষণের উপযোগী নহে এবং পান করিলে পরিপাকও হয় না। এরূপ অবস্থায় সন্তানকে স্তনপান করিতে না দেওয়া কর্ত্তব্য, কারণ ইহাতে প্রসূতি ও সন্তানের অনিষ্ট ভিন্ন উপকার হয় না। প্রসবের পর বহু দিবস অতীত হইলে স্তনদুগ্ধের পরিমাণাধিক্য সন্তানের পক্ষে অপুষ্টিকর হয় না বটে, কিন্তু প্রসূতির অত্যন্ত অনিষ্ট হয়।

অতিরিক্ত দুগ্ধ ক্ষরণে প্রসূতির যে অনিষ্ট হয়।

হৃৎকম্প, শিরোঘূর্ণন, শীর্ণতা, মস্তকবেদনা, অনিদ্রা, অলীক বিন্দু দর্শন্ প্রভৃতি লক্ষণ শীঘ্রই উপস্থিত হয় এবং অতিরিক্ত দুগ্ধ ক্ষরণ বন্ধ করা নিতান্ত আবশ্যক হইয়া উঠে। দুগ্ধবতী স্ত্রীলোকের উক্ত লক্ষণ সকল উপস্থিত হইলে অবিলম্বে প্রতিকার করা কর্ত্তব্য, নতুবা তাহার একেবারে স্বাস্থ্যভঙ্গ হইয়া যাইবার সম্ভাবনা। এরূপ অবস্থায় শিশুকে স্তনপান করিতে দিলে অচিরাৎ ঘোর অনিষ্ট ঘটে। ধাতুগত কোন দোষ থাকিলে বিশেষতঃ ক্ষয় কিম্বা যক্ষ্মার পূর্ব্বলক্ষণ থাকিলে অধিক দুগ্ধক্ষরণদ্বারা ঐ সকল রোগ স্পষ্ট উৎপন্ন হয়। এরূপ অবস্থায় কোন কোন চক্ষুরোগ অনায়াসে উপস্থিত হয় যথা কর্ণিয়া প্রদাহ এবং করইড্ প্রদাহ প্রভৃতি রোগ হইতে দেখা যায়। কর্ণিয়া প্রদাহ হইতে উহার অস্বচ্ছতা এবং এমন কি পচন পর্য্যন্ত হইতে দেখা যায়। সিলিয়ারী পেশীসকলের ক্ষীণতা জন্য দৃষ্টির ক্ষীণতা হইয়া থাকে।

স্তন স্ফোটক।

দুগ্ধক্ষরণ অবস্থায় স্তন-স্ফোট হইলে যেরূপ কষ্ট এরূপ আর কিছুতেই নহে। এই অবস্থায় স্তন-স্ফোট নিতান্ত অল্প সংখ্যক স্থলেই যে ঘটে তাহা নহে। স্তন-স্ফোটকের রীতিমত চিকিৎসা না হইলে বহুকাল পূয

জমিয়া স্তনে ও তাহার চতুষ্পার্শ্বে নালী হয় এবং স্বাস্থ্য ভঙ্গের লক্ষণ উপস্থিত হয়। বিবিধ কারণে স্তন স্ফোটক হইতে পারে এবং অতি সামান্য কারণেই স্তনের প্রদাহ উপস্থিত হইয়া পাকিয়া উঠে। হঠাৎ শৈত্য লাগিলে, আঘাত লাগিলে অথবা দুগ্ধবাহী নলীতে ক্ষণস্থায়ী রক্তসঞ্চয় হইলে কিম্বা অকস্মাৎ শোকদ্বারা মনের অবসাদ হইলে স্তন-স্ফোটক হইতে দেখা যায়। সচরাচর চুচুক ফাটিয়া কিম্বা হাজিয়া গেলে স্তনস্ফোটক হইয়া থাকে। সুতরাং এই দুইটি অবস্থা জানিতে পারিলে তৎক্ষণাৎ প্রতিকার করা উচিত।

স্তনের সকল অংশেই স্ফোটক হইতে পারে। স্তনের নিম্নস্থ মেদউপাদা-

লক্ষণ। নেও স্ফোটক হইতে দেখা যায়। মেদ-উপাদানেস্ফোটক হইলে প্রদাহ স্তনগ্রন্থি পর্য্যন্ত ব্যাপ্ত হয়। স্তনে স্ফোটক হইলে প্রদাহের তারতম্য অনুসারে দৈহিক লক্ষণের প্রকাশ হয়। সচরাচর জ্বর হইয়া থাকে। স্ফোটক ভিতরে ভিতরে পাকিয়া উঠিলে দৈহিক উত্তাপ বৃদ্ধি হয়। নাড়ীর গতি দ্রুত হয়, আলস্য বোধ এবং অনেক স্থলে কম্প হইয়া জ্বরভাব হইয়া থাকে। স্তন পরীক্ষা করিয়া দেখিলে উহা সমধিক বৃদ্ধি প্রাপ্ত ও বেদনাযুক্ত বলিয়া জানা যায় এবং স্ফোটকের স্থান কঠিন ও বেদনাযুক্ত বোধ হয়। স্তন-গ্রন্থির নিম্নস্থ উপাদানে প্রদাহ হইলে স্তনের কোন বিশেষ স্থানে স্ফীতি অনুভব করা যায় না বটে, কিন্তু সমগ্র স্তনটি অত্যন্ত বেদনাযুক্ত হইয়া থাকে, এমন কি সামান্য নড়াচড়া করিলেও উহাতে অত্যন্ত বেদনা অনুভূত হয়। ক্রমশঃ যতদিন যায় স্ফোটক তত চর্ম্মের দিকে ব্যাপ্ত হইতে থাকে এবং স্তনের ত্বক রক্তবর্ণ ও উজ্জ্বল হয়। কোনরূপ চিকিৎসা না করিলে অবশেষে স্ফোটক ফাটিয়া যায়। কোন কোন স্থলে গুরুতর হইয়া পড়িলে একত্র অনেকগুলি স্ফোটক উৎপন্ন হয়। এই সকল স্ফোটক পর্য্যায়ক্রমে ফাটিয়া গিয়া স্তনের চতুর্দ্দিকে নালী হয়। স্তনগ্রন্থির উপাদানের কিয়দংশ পচিয়া যাইতে পারে এবং সময়ে সময়ে রক্তবহা নাড়ী ছিন্ন হইয়া অত্যন্ত অধিক রক্তপাত হইতেও দেখা যায়। রোগীর একেবারে স্বাস্থ্য ভঙ্গ হইয়া যায়। এই সকল নালী হইতে বহুদিবসাবধি পূযস্রাব হওয়ায় রোগী এত দুর্ব্বল হইয়া পড়ে যে তাহার জীবন-সংশয় হইয়া উঠে।

রীতিমত সাবধান হইলে স্ফোটক উৎপন্ন হওয়া বন্ধ করিতে পারা যায়।

চিকিৎসা। স্ফোটক হইবার উপক্রম দেখিলেই দুগ্ধবহা নলী মধ্য হইতে সঞ্চিত রক্ত সরিয়া যায়। স্তনে বেদনা প্রভৃতি লক্ষণ দেখিয়া যদি বুঝা যায় যে প্রদাহের সূত্রপাত হইয়াছে তাহা হইলে যাহাতে প্রদাহ অধিক বৃদ্ধি না হইতে পারে এবং পূয সঞ্চিত হইবার পূর্ব্বে আরোগ্য হইয়া যায় এরূপ চেষ্টা করা কর্ত্তব্য। এই সকল স্থলে লক্ষণানুসারে চিকিৎসা করিতে হয় এবং যাহাতে প্রদাহাক্রান্ত স্তন কোন প্রকারে নাড়াচাড়া না পায় তাহা করা উচিত। লবণাক্ত মৃদুবিরেচক অল্পমাত্রায় এঁকোনাইট্ এবং অধিকমাত্রায় কুইনীন্ সেবন করাইয়া জ্বরের প্রতিকার করিতে হয়। বেদনা নিবারণের জন্য অহিফেন ঘটিত ঔষধি ব্যবস্থা করিতে হয়। রোগীকে শয্যাত্যাগ করিতে দিতে নাই এবং যে স্তনে প্রদাহ হইয়াছে সেইটি একটি বন্ধনীদ্বারা তুলিয়া রাখিতে হয়। স্তনের বেদনা নিবারণের জন্য স্বেদ অথবা মসিনা কিম্বা দুগ্ধ ও রুটীর পোল্‌টিস্ দিতে হয় এবং একৃষ্ট্রাকৃট্ বেলেডোনা গ্লিসিরিণের সহিত মিশাইয়া স্তনে লাগাইতে হয় অথবা পোল্‌টীসের উপর লিনিমেণ্ট্ বেলেডোনা ছড়াইয়া স্তনে লাগাইতে হয়। রবারের থলীতে বরফ রাখিয়া স্তনে দিলে বেদনা ও টন্‌টনানি শীঘ্রই উপশম হয় বলিয়া অনেকে প্রসংশা করেন। তাঁহাদের মতে স্বেদ অপেক্ষা বরফদ্বারা অধিক উপকার হয়। যে স্তনে প্রদাহ হইয়াছে তাহা শিশুকে পান করিতে দিলে অত্যন্ত বেদনা ও যন্ত্রণা হয় বলিয়া কখনই শিশুকে সেই স্তনপান করিতে দিতে নাই। স্তনপান করিতে না দেওয়ায় উহা ভারবোধ হইলে পোল্‌টিস্ দ্বারা উপকার হয়। যে স্তনটি ভাল থাকে সন্তানকে সেই স্তনপান করিতেদিবার আপত্তি নাই। অল্পকালের জন্য একটি স্তনের দুগ্ধদ্বারাই শিশুর পুষ্টিসাধন হইতে পারে। স্ফোটক না পাকিলে অথবা ক্ষুদ্র হইলে অতি অল্পদিনের মধ্যে আরাম হয় তখন উভয় স্তনই পান করিতে দেওয়া যাইতে পারে। গুরুতর হইলে সন্তানকে মাতৃস্তন পান করিতে দেওয়া উচিত নহে।

স্তনস্ফোটকে পূয জন্মিয়াছে বুঝিতে পারিলে শস্ত্রদ্বারা অবিলম্বে কর্ত্তন করা উচিত। পূয ত্বকের অধিক নিম্নে না থাকিলে ফ্লাক্‌চ্যুয়েশন্ বা সঞ্চলনদ্বারা জানিতে পারা যায়, কিন্তু গভীর প্রদেশে থাকিলে একৃস্‌প্লোরিং বা অন্বেষক সূচী-

যতশীঘ্র পূয বাহির করিয়া দেওয়া যায় ততই মঙ্গল।

দ্বারা জানিতে হয়। স্তনস্ফোটকমধ্যে পূয জন্মিবামাত্রই নির্গত করিয়া দেওয়া নিতান্ত কর্ত্তব্য, নচেৎ বিলম্ব করিলে অনিষ্ট ঘটিয়া থাকে। যতই বিলম্ব করা যাইবে ততই স্তনের উপাদান নষ্ট হইবে এবং প্রদাহও বিস্তৃত হইবে।

স্তনস্ফোটক কিরূপে অস্ত্র করিতে হইবে তাহা স্থির করা নিতান্ত কর্ত্তব্য।

স্তনস্ফোটকের পচন নিবারক চিকিৎসা। পূর্ব্বে সচরাচর স্ফোটকের নিম্নতম প্রদেশে অস্ত্রপাত করা হইত এবং যাহাতে ক্ষতস্থানে বায়ু প্রবেশ করিতে না পায় এরূপ কোন যত্ন করা হইত না। একটি স্ফোটকের কিছুকাল পৌণে স্তনে অনেকগুলি স্ফোটক হইয়া থাকে। এই সকল গুলিতেই উক্ত প্রকারে অস্ত্রপাত করা হইত। এই প্রথায় যেরূপ কুফল হইয়া থাকে তাহা ধাত্রীচিকিৎসক মাত্রেই অবগত আছেন। অস্ত্রচিকিৎসার যে সকল তালিকা সংগ্রহ করা হইয়াছে তাহা পাঠ করিলে উক্ত উপায়ে চিকিৎসিত স্তনস্ফোটক আরোগ্য হইতে কত সময় লাগে তাহা জানিতে পারা যায়। কিন্তু লিষ্টার্ সাহেব স্তনস্ফোটকের পচন নিবারক চিকিৎসাপ্রণালী উদ্ভূত করিয়া মহদুপকার সাধন করিয়াছেন। তাঁহার মতানুযায়ী কার্য্য করিলে অল্পদিন মধ্যেই যেরূপ স্ফোটক হউক না কেন আরোগ্য করিতে পারা যায়। ডাঃ প্লেফেয়ার্ বলেন যে লিষ্টার্ সাহেবের উদ্ভূত প্রথা অবলম্বন করিয়া স্তনস্ফোটক চিকিৎসায় তিনি যেরূপ সন্তোষজনক ফল পাইয়াছেন এরূপ আর কিছুতেই পান নাই। ডাঃ লিষ্টার্ সাহেব ১৮৬৭ খৃঃ অব্দের ল্যান্‌সেট্ নামক পত্রিকায় তাঁহার উদ্ভূত প্রণালী সবিস্তার বর্ণনা করিয়াছেন, কিন্তু ইহার পর এই প্রণালীর অনেক উন্নতিসাধন হইয়াছে। যাঁহারা পচননিবারক চিকিৎসা প্রণালী সর্ব্বদা অবলম্বন করিয়া থাকেন তাঁহারা লিষ্টার্ সাহেবের উক্ত পরিশোধিত প্রণালী অবলম্বন করিলে ভাল হয়। কিন্তু ১৮৬৭ খৃঃ অঃ লিষ্টার্ যে প্রণালী প্রথম উদ্ভূত করেন তাহা অপেক্ষাকৃত সহজ এবং তাহা অবলম্বন করিতে বিশেষ দক্ষতার আবশ্যক নাই। তাঁহার পরিশোধিত প্রণালীর উপকরণ অনায়াসপ্রাপ্য নহে এবং তাহা অবলম্বন করিতে বিশেষ নৈপুণ্য আবশ্যক করে। এখানে লিষ্টার্ সাহেবের প্রথম উদ্ভূত প্রণালীই সবিস্তার বর্ণনা করা যাইতেছে। এই প্রণালীতে রীতিমত পচননিবারণ করা যাইতে পারে অথচ ইহার আবশ্যক দ্রব্যাদি অনায়াসে সংগ্রহ করা যাইতে পারে। ডাঃ লিষ্টার্ বলেন "একভাগ দানাবুক্ত

কার্বলিক্ অম্ল চারিভাগ ফুটন্ত মসিনার তৈলে মিশাইতে হইবে এবং এই তৈলে একখণ্ড ৪।৫ ইঞ্চ্ চতুষ্কোণ বস্ত্র ভিজাইয়া লইয়া স্তনের যেস্থানে অস্ত্রপাত করিতে হইবে তথায় আচ্ছাদন করিতে হয়। এই বস্ত্রখণ্ডের ঊর্দ্ধদিক একজন সহকারীকে ধরিতে বলিয়া অধোদিক ঈষৎ উত্তোলন করিতে হয় এবং একখানি স্ক্যাল্‌পেল্ কি বিষ্টৌ ছুরিকা যন্ত্র ঐ তৈলে সিক্ত করিয়া স্ফোটকমধ্যে প্রবেশ করাইয়া দিতে হয়। অস্ত্রপাত দীর্ঘে ½ ইঞ্চ্ মাত্র করিতে হয়। অস্ত্রপাত করা হইয়া গেলে ছুরিকা উঠাইবামাত্র ঐ বস্ত্রদ্বারা স্তন উত্তমরূপে আচ্ছাদিত করিতে হয়। বস্ত্রের নিম্নদিয়া পূয রক্তাদি গড়াইয়া পড়িবে এবং পূয, রক্তে যাহাতে শয্যা নষ্ট না হয় তজ্জন্য কোন পাত্র নিকটে ধরিতে হইবে। তৎপরে স্ফোটকের উপর রীতিমত চাপ দিয়া ভিতর হইতে সমস্ত পূয বাহির করিয়া দিবে। পূর্ব্বে অনেকের সংস্কার ছিল যে অস্ত্রপাত করা হইয়া গেলে স্ফোটকের উপর চাপ দিতে নাই, কারণ তাহাতে পূয-আবরক ঝিল্লীর অনিষ্ট হয়, কিন্তু এই বিশ্বাসটি সম্পূর্ণ অমূলক। পূয বাহির হইয়া গেলে যদি অধিক রক্ত ও রস চোয়াইতে থাকে অথবা স্ফোটক স্তনের গভীর প্রদেশে হইয়া থাকে তাহা হইলে একখণ্ড লিণ্ট্ ঐ তৈলে ভিজাইয়া ক্ষতের মধ্যে প্রবেশ করাইয়া দিতে হয়। ইহাদ্বারা রক্তস্রাব বন্ধ হয় এবং ক্ষতমুখ অসময়ে যোড়া লাগে না। কিন্তু লিণ্ট্ অতিশীঘ্রই প্রবেশ করাইতে হয় এবং সেই সময়ে উক্ত আচ্ছাদক বস্ত্র খানিও থাকা আবশ্যক। এইরূপে কার্য্য করিলে নিরাপদে পূয বাহির হইয়া যায় এবং কোন প্রকার রোগ বীজও ক্ষতমধ্যে প্রবেশ করিতে পায় না। কিন্তু ক্ষতের ভবিষৎ চিকিৎসার জন্য পচননিবারক বস্ত্রাদি ব্যবহার না করিলে নিঃসৃত পূযাদি পচিয়া গিয়া সকল পরিশ্রম পণ্ড করিবে। ডাং প্লেফেয়ার্ এই নিমিত্ত পচননিবারক বস্ত্রাদি উদ্ভব করিতে বহুকালাবধি চেষ্টা করিয়াছেন। অনেকবার বিফলপ্রযত্ন হইয়া অবশেষে তিনি নিম্নলিখিত প্রথা অবলম্বন করিয়া সর্ব্বপ্রকারে সন্তুষ্ট হইয়াছেন। সেই প্রথাটি এই—চা খাইবার চামচের প্রায় ছয় চামচ পরিমাণে পূর্ব্বোক্ত মসিনার তৈল মিশ্রিত কার্বলিক অম্ল লইয়া দেওয়ালের চুর্ণ অর্থাৎ কার্বনেট্ অফ্ লাইম্‌এর সহিত মিশাইতে হয়। ইহা দেখিতে ঠিক্‌পুটিংএর মত হইবে, তবে প্রভেদ এই যে ইহাতে কার্বলিক্ অম্ল থাকে। এই পদার্থটি ৬ ইঞ্চ্ পরিমাণে চতুষ্কোণ এক খণ্ড

টিনের পাতের উপর এরূপে মাখাইতে হইবে যেন প্রায় ¼ ইঞ্চ্ পুরু হয়। এই টিনের পাতটি স্তনের ত্বকের উপর এরূপ রাখিতে হইবে যে ইহার মধ্য ভাগ অস্ত্রপাতের সহিত সংলিপ্ত থাকে। পূর্ব্বকার তৈলাক্ত বস্ত্র খণ্ড উঠাইবামাত্রই এই টিনের পাত লাগান কর্ত্তব্য। টিনের পাত লাগান হইলে উহা ষ্টিকিং পটীদ্বারা দৃঢ় করিয়া রাখিতে হইবে, কেবল উহার নিম্নাংশটি খোলা রাখিতে হয়, কারণ সেই স্থান দিয়া পুয আদি স্রাব নির্গত হইবে। এই সমস্ত স্রাব যাহাতে একখানি তোয়ালের উপর পড়ে তজ্জন্য দিনান্তে একবার করিয়া ক্ষত পরিষ্কার করিয়া টিনের পাত বদলাইয়া দিতে হয়, কিন্তু স্ফোটক বড় হইলে ১২ ঘণ্টা পর দেখা কর্ত্তব্য। এই সময়ের মধ্যে টিনের পাত অপরিষ্কার হইলে তৎক্ষণাৎ বদলাইয়া দেওয়া উচিত। এইরূপে একদিন গত হইলে প্রত্যহ একবার করিয়া ক্ষত পরিষ্কার করিলেই চলে। টিনের পাত বদলাইবার সময় নিম্নলিখিতরূপে অতি সাবধানে কার্য্য করা উচিত। পূর্ব্বোক্তরূপে আর এক খণ্ড টিনের পাত ঐ পুটিংদ্বারা লিপ্ত করিয়া রাখিতে হয় এবং এক খণ্ড বস্ত্রও পূর্ব্বোক্ত তৈলে ভিজাইয়া প্রথম টিনের পাত উঠাইবামাত্র স্তন আবৃত করিয়া দিতে হয়। এরূপ করিয়া স্তনের ত্বক্ পরিষ্কার করিলে এবং স্ফোটকের গহ্বর হইতে পুয আদি টিপিয়া বাহির করিলে কোন অনিষ্ট ঘটিতে পায় না। স্ফোটকগহ্বরমধ্যে যদি লিণ্ট্ প্রবিষ্ট থাকে তাহা হইলে ঐ লিণ্ট্ বাহির করিবার সময় তৈলাক্ত বস্ত্রখণ্ডদ্বারা স্তন আবৃত রাখা উচিত। টিনের পাত লাগাইবার সময় ঐ বস্ত্র খণ্ড উঠাইয়া দিতে হয়। এইরূপে যতদিন ক্ষত শুষ্ক না হয় প্রত্যহ টিনের পাত বদলাইয়া ক্ষত পরিষ্কার করিয়া দেওয়া উচিত।

স্তনস্ফোটকে বহুকালাবধি পূয স্রাব হইবার পর অথবা তাহাতে নালী হইবার পর যদি চিকিৎসাধীন হইতে আইসে তাহা হইলে যাহাতে স্রাব বন্ধ হয় ও নালী শুষ্ক হইয়া যায় তজ্জন্য যত্ন করা উচিত। এই উদ্দেশে এড্‌হিসিভ্ প্লাষ্টার্ (ষ্টিকিংপটী) দ্বারা দৃঢ়রূপে স্তনে পটি লাগাইতে হয়, তাহা হইলে স্তনে চাপ পড়ে এবং পূযোৎপাদক ঝিল্লীর উভয়দিক সংলগ্ন হওয়ায় নালী শুষ্ক হইয়া যায়। দুই একটি নালীমুখ শস্ত্রদ্বারা বাড়াইয়া দিতে হয় অথবা নালীমধ্যে টিং আয়োড়

বহুকালাবধি পূয ও স্রব থাকিলে তাহার চিকিৎসা।

গন্ধক প্রভৃতি উত্তেজক ঔষধির পিচ্‌কারি দিতে হয়। ইহাতে স্রাব কম হয়। স্থলবিশেষে বিশেষরূপে চিকিৎসার আবশ্যক হয়। ডাং বিলুরথ্ বলেন যে যেসকলস্থলে প্রথম হইতে চিকিৎসা করান না হয় তথায় উক্তরূপ অবস্থা ঘটে এবং তথায় রোগীকে ক্লোরোফর্ম্ আঘ্রাণদ্বারা সংজ্ঞাহীন করাইতে হয় ও নালীমুখসকল সেই অবসরে শস্ত্রদ্বারা এরূপ বাড়াইতে হয় যে তন্মধ্যে অঙ্গুলি প্রবেশ করে। তৎপরে অঙ্গুলি প্রবেশ করাইয়া বিভিন্ন নালীসকলের প্রাচীর ভাঙ্গিয়া দিতে হয় এবং একটিমাত্র বড় গহ্বরে পরিণত করিতে হয়। এরূপ করা হইলে শতকরা ৩ ভাগ কার্ব্বলিক্ লোশন দ্বারা ঐ গহ্বরে পিচকারি দিতে হয় এবং গহ্বরমধ্যে ড্রেণেজ নলী প্রবেশ করাইয়া পচননিবারক বস্ত্রাদিদ্বারা বান্ধিয়া দিতে হয়। বহুকালাবধি স্রাব হইলে সচরাচর রোগীর স্বাস্থ্যভঙ্গ হয় এবং সে অত্যন্ত দুর্ব্বল হইয়া পড়ে, তজ্জন্য প্রচুরপরিমাণে পুষ্টিকর পথ্য, উপযোগী উত্তেজক ঔষধি এবং লৌহ ও কুইনীন্ প্রভৃতি প্রয়োগ করা উচিত।

হস্তদ্বারা সন্তান পালন। অনেকস্থলে প্রসূতি স্বয়ং সন্তানকে স্তনদান করিতে পারে না এবং ধাত্রী নিযুক্ত করিতেও ইচ্ছা করে না অথবা ধাত্রীর ব্যয় নির্ব্বাহ করিতে পারে না। এই স্থলে কৃত্রিম উপায়ে সন্তান পালন করা আবশ্যক হয়। সুতরাং কি উপায়ে সন্তানকে উত্তমরূপে লালন পালন করিতে পারা যায় তাহা চিকিৎসকের অবশ্য জ্ঞাতব্য। কারণ তিনি তদনুসারে প্রসূতিকে উপদেশ দিতে পারেন।

কৃত্রিম উপায়ে লালিত সন্তানের মৃত্যু সংখ্যা অধিক হইবার কারণ। কৃত্রিম উপায়ে পালিত শিশুগণের মধ্যে যে এত অধিক মৃত্যু সংখ্যা দেখা যায় অনুপযোগী আহারই তাহার কারণ। দরিদ্রদিগের একটি সংস্কার আছে যে কেবল দুগ্ধদ্বারাই শিশুদিগের পুষ্টি হয় না। সুতরাং তাহারা শিশুদিগকে অতি শৈশবাবস্থা হইতেই শ্বেতসার (ষ্টার্চ্) বিশিষ্ট খাদ্য দিতে আরম্ভ করে যথা কর্ণ্‌ফ্লাউয়ার, এরোরুট্ ইত্যাদি। এই সমস্ত খাদ্যের অধিকাংশেই কেবল শ্বেতসার থাকে। যবক্ষারজনবিশিষ্ট সামগ্রীর নামমাত্র না থাকায় এই সকল খাদ্য শিশুদিগের প্রধান আহারোপযোগী হয় না। এতদ্ব্যতীত শিশুদিগের লালায় শ্বেতসার জীর্ণ করিবার গুণ একেবারেই নাই বলিয়া প্রতিপন্ন হইয়াছে। এই গুণ বয়োবৃদ্ধি হইলেই দেখিতে পাওয়া যায়। সুতরাং শিশুরা শ্বেতসার জীর্ণ

করিতে পারে না ও উদরাময় প্রভৃতি বিবিধ রোগগ্রস্ত হয়। ভূয়োদর্শন ও বিচারদ্বারা প্রমাণ করা হইয়াছে যে কৃত্রিম উপায়ে শিশু পালন করিতে গেলে যতদূর সাধ্য প্রকৃতির অনুকরণ করা কর্ত্তব্য। সুতরাং প্রকৃতির অনুকরণে আহার ব্যবস্থা করিতে হইলে সাধ্যানুসারে মানবীর দুগ্ধের সৌসাদৃশ্য করিয়া ইতর প্রাণীর দুগ্ধ শিশুদিগকে পান করিতে দেওয়া উচিত।

শৈশবাবস্থায় কেবল দুগ্ধই উপযোগী।

যতপ্রকার ইতর প্রাণী আছে তন্মধ্যে গর্দ্দভীর দুগ্ধেই প্রায় মানবীদুগ্ধের ন্যায়। গর্দ্দভীর দুগ্ধে অল্পপরিমাণে ছানা (কেজীন্) ও নবনীত এবং অধিকমাত্রায় লবণাক্ত পদার্থ থাকে। কিন্তু ইহা দুষ্প্রাপ্য ও বড় বড় নগরে দুর্ম্মূল্য। আবার সকল শিশুর গর্দ্দভীর দুগ্ধ সহ্য হয় না। কাহার কাহার ইহাতে উদরাময় হয়। তবে গর্দ্দভীর দুগ্ধে ভ্যাজাল থাকে না বলিয়া নগরস্থ শিশুদিগের পক্ষে সুবিধ্য হইতে পারে। গর্দ্দভীদুগ্ধে জল কিম্বা শর্করা মিশাইতে হয়।

গর্দ্দভী দুগ্ধ।

ছাগীদুগ্ধ অনেক শিশুর পক্ষেই উপযোগী, কিন্তু বিলাতে ইহা আরও অধিক দুষ্প্রাপ্য। অনেকে ছাগীস্তন হইতে শিশুকে দুগ্ধ পান করিতে দেয়। এইরূপে শিশুকে দুগ্ধ দিতে পারিলে শিশু অত্যন্ত হৃষ্টপুষ্ট হয়।

ছাগী দুগ্ধ।

শিশু পালন করিবার জন্য অনেক সময়ে কেবল গাভীদুগ্ধের উপরই নির্ভর করিতে হয়। মানবীদুগ্ধ অপেক্ষা গাভীদুগ্ধে জলীয়াংশ অল্প আছে, ছানাপ্রভৃতি দুষ্পাচ্য পদার্থ অধিক এবং শর্করা অল্প আছে। এই জন্য গাভীদুগ্ধ পান করিতে দিবার পূর্ব্বে উহাতে জল ও শর্করা মিশান উচিত। সচরাচর শিশুদিগের পেয় গাভীদুগ্ধে অধিক জল মিশান হইয়া থাকে। ধাত্রীরা প্রায়ই একভাগ দুগ্ধে দুইভাগ জল মিশ্রিত করে। দুগ্ধে এত অধিক জল মিশাইলে শিশুর পুষ্টিসাধন উত্তমরূপে হয় না, সুতরাং শিশু হৃষ্টপুষ্ট না হইয়া কৃশ ও পাংশুবর্ণ থাকে। এই জন্য চিকিৎসকের কর্ত্তব্য যে এই ভ্রমসংশোধন করিয়া দেন। দুগ্ধের এক তৃতীয় অংশ জল এরূপ গরম করিতে হইবে যে দুগ্ধে মিশাইলে উহার উত্তাপ ৯৬ ডিগ্রি হয়। এই দুগ্ধে অল্প দুগ্ধ-শর্করা অথবা সাধারণ শর্করা মিশাইয়া শিশুকে পান করিতে দিতে হয়। প্রথম ২।৩ মাস গত হইলে ক্রমে জলের

গাভীদুগ্ধ ও তাহা কি রূপে শিশুকে পান করিতে দিতে হয়।

পরিমাণ কমাইয়া নির্জ্জল দুগ্ধ গরম ও শর্করাযুক্ত করিয়া দেওয়া উচিত। শিশু-দিগের জন্য দুগ্ধ যাহাতে একই গাভী হইতে দোহন করা হয় তদ্বিষয়ে যত্নবান থাকা উচিত এবং যে গাভীর দুগ্ধ লওয়া হইবে তাহার আহার ও বাস উত্তম-রূপ হওয়া কর্ত্তব্য। নির্জ্জল দুগ্ধ পাওয়া যায় না বলিয়া আজকাল বিবিধ দেশ হইতে টিনের কৌটার মধ্যে দুগ্ধ আইসে। এই সকল দুগ্ধে শর্করা দেওয়া থাকে এবং অধিক জল মিশ্রিত না করিলে কোন কোন শিশুর উপযোগী হইয়া থাকে। বোতলে করিয়া শিশুকে দুগ্ধ পান করাইবার প্রধান অসুবিধা এই যে ইহাতে শীঘ্র দুগ্ধ টকিয়া যায়, সুতরাং উদরাময় হইয়া থাকে। তবে প্রত্যেক বোতলে এক টেবিল্ চামচ পরিমাণে বিশুদ্ধ চুণের জল মিশাইলে দুগ্ধ টকিতে পায় না।

অধ্যাপক ফ্রাঙ্ক্‌লাণ্ড্ নিম্নলিখিত প্রক্রিয়াদ্বারা গাভীদুগ্ধ এরূপে পরিণত কৃত্রিম মানবীদুগ্ধ। করিয়াছেন যে উহা মানবীদুগ্ধ সমতুল হইয়াছে। ফ্রাঙ্ক্-ল্যাণ্ড সাহেব অনুগ্রহ করিয়া ডাং প্লেফেয়ারকে এই প্রক্রিয়াটি মুদ্রিত করিতে অনুমতি দিয়াছেন। ডাং প্লেফেয়ার বলেন যে সচরাচর যে পদ্ধতি অনুসারে শিশুদিগকে দুগ্ধপান করিতে দেওয়া হয় তদপেক্ষা ফ্রাঙ্ক্‌ল্যাণ্ড সাহেবের প্রথা অনেক অংশে উৎকৃষ্ট। অতি সামান্য অভ্যাসেই এই প্রণালী সহজে অব-লম্বন করা যায়। শিখাইয়া দিলে ধাত্রীরা উহা অনায়াসে প্রস্তুত করিতে পারে। গাভীদুগ্ধে জল ও শর্করা মিশান যেরূপ কঠিন নহে ফ্রাঙ্ক ল্যাণ্ড্ সাহে-বের পদ্ধতিও সেইরূপ কঠিন নহে। ডাং ফ্রাঙ্ক্‌ল্যাণ্ড্ সাহেব কৃত্রিম মানবীদুগ্ধ প্রস্তুত করিবার উপায় নিম্নলিখিতরূপে প্রদর্শন করেন। "যে সকল শিশুদিগকে কোন কারণবশতঃ স্বাভাবিক খাদ্য না দেওয়া যায় তাহাদিগকে পালন করা অত্যন্ত কঠিন হইয়া পড়ে; কারণ মানবীদুগ্ধ ও গাভীদুধের রাসায়নিক উপা-দান অনেক বিভিন্ন। গাভীদুগ্ধে ছানার (কেজীন্) ভাগ অধিক এবং দুগ্ধ শর্করার ভাগ অল্প আছে। মধ্যে মধ্যে শিশুদিগকে গর্দ্দভীদুগ্ধ পান করিতে দেওয়া হয়, কিন্তু গর্দ্দভী দুগ্ধে ছানাও নবনীতের ভাগ অতি সামান্য আছে এবং দুগ্ধ-শর্করার ভাগ মানবীদুগ্ধের সহিত সমান পরিমাণে আছে। গর্দ্দভী, গাভী ও মানবীর দুগ্ধ বিশ্লেষণ করিলে নিম্নলিখিত ফল শতকরা হিসাবে পাওয়া যায়।

	মানবী	গৰ্দ্দভী	গাভী
কেজিন্ বা ছানা	২.৭	১.৭	৪.২
মাখম বা নবনীত	৩.৫	১.৩	৩.৮
দুগ্ধ শর্করা	৫.০	৪.৫	৩.৮
লবণ	.২	.৫	.৭

এই তালিকা দেখিলে বুঝা যায় যে গাভীদুগ্ধ হইতে ছানার ভাগ ⅓ অংশ বাদ দিলে এবং দুগ্ধ শর্করার ভাগ ⅓ অংশ যোগ করিলে ঐ দুগ্ধ মানবীদুগ্ধের সমতুল হইতে পারে। এই দুগ্ধে উক্ত চারি পদার্থ শতকরা নিম্নলিখিত হিসাবে থাকে:—

কেজিন্ বা ছানা	...	...	২.৮
নবনীত	...	...	৩.৮
দুগ্ধ-শর্করা	...	...	৫.০
লবণ	...	...	.৭

নিম্নলিখিত প্রথায় এই দুগ্ধ প্রস্তুত করিতে হয়:—এক পাইণ্টের এক তৃতীয়াংশ গাভীর সদ্য দুগ্ধ লইয়া কোন পাত্রে করিয়া ১২ ঘণ্টাকাল রাখিয়া দিতে হয়। তাহার পর এই দুগ্ধের উপর যে ক্রীম্ বা ঘৃত ভাসিবে তাহা তুলিয়া লইয়া তাহাতে ⅓ পাইণ্ট্ সদ্য দুগ্ধ মিশাইতে হয়। যে ⅓ অংশ দুগ্ধের ক্রিম্ বা ঘৃত তুলিয়া লওয়া হইয়াছে তাহাতে ১ ইঞ্চ্ পরিমাণে একখণ্ড রেনেট্ (যাহাকে আমরা দধ্যাম্ল বা দম্বল বলি) ফেলিয়া দিয়া ঐ দুগ্ধপাত্রটি গরম জলে বসাইতে হয়। তাহার পর দুগ্ধ জমিতে আরম্ভ হইলে তাহা হইতে রেনেট্ খণ্ড তুলিয়া লইয়া কোন পাত্রে পুনর্ব্বার ব্যবহার জন্য রাখিয়া দিবে। রেনেটের গুণ অনুসারে দুগ্ধ জমিতে ৫ হইতে ১৫ মিনিট্ পর্য্যন্ত লাগে। একখণ্ড রেনেট্ প্রত্যহ ব্যবহার করিলে দুই মাস পর্য্যন্ত কার্য্যে আইসে। দুগ্ধ জমিয়া গেলে ঐ জমাট দুগ্ধ খণ্ড খণ্ড করিয়া ভাঙ্গিতে হয় এবং এই দধি হইতে সমস্ত ঘোল অতি সাবধানে ঢালিয়া লইয়া স্পীরিট্ কিম্বা গ্যাসের উত্তাপে সত্বর ফুটাইতে হয়। ঘোল ফুটিবার সময় আবার কতকটা ছানা বা কেজিন্ ভাসিয়া উঠে তাহাকে ইংরাজিতে ফ্লিটিংস্ বলে। এই ঘোল বস্ত্রদ্বারা ছাঁকিয়া তাহা হইতে ছানা সম্পূর্ণরূপে পৃথক্ করিয়া লইতে

হয়। এই গরম ঘোলে ১১০ গ্রেণ্ দুগ্ধ-শর্করা চূর্ণ করিয়া মিশাইতে হয় এবং পূর্ব্বোক্ত মাখম মিশ্রিত ½ পাইণ্ট্ সদ্য দুগ্ধে এই ঘোল ঢালিয়া দিতে হয়। এই কৃত্রিম উপায়ে প্রস্তুত দুগ্ধ ১২ ঘণ্টা পর্য্যন্ত ব্যবহার করা চলে এবং ইহা যে সকল পাত্রে প্রস্তুত করিতে হয় তাহা অত্যন্ত পরিষ্কার রাখা উচিত।

ডাঃ প্লেফেয়ার্ শিশুদিগের জন্য কৃত্রিম খাদ্য প্রস্তুত করিবার আর এক প্রথা বর্ণনা করিয়াছেন তাহা পূর্ব্বোক্ত প্রথার ন্যায় কঠিন নহে অথচ ফলে একই প্রকার। প্রথাটি এই ;—সদ্য দুগ্ধ হইতে মাখম তুলিয়া লইয়া সেই দুগ্ধ অর্দ্ধ পাইণ্ট্ পরিমাণে লইতে হয় এবং সেই দুগ্ধ ৯৬ডিগ্রি পর্য্যন্ত উত্তপ্ত করিয়া তাহাতে এক ইঞ্চ্ পরিমাণে চতুষ্কোণ একখণ্ড রেনেট্ দিতে হয়। তাহার পর ঐ রেনেট্ যুক্ত দুগ্ধ অগ্নির উত্তাপে বসাইয়া রাখিতে হয়। দুগ্ধ গরম হইয়া জমিয়া গেলে তাহা হইতে রেনেট্ উঠাইয়া লইয়া জমাট অংশগুলি একখানি ছুরিকাদ্বারা ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র করিয়া কাটিয়া ১০।১৫ মিনিট্ রাখিয়া দিতে হয়। রাখিয়া দিলে ঐ সময়ের মধ্যে দধি ডুবিয়া যায় ও ঘোল ভাসিয়া উঠে। এই ঘোল ঢালিয়া লইয়া সত্বর ফুটাইতে হয়। এই ঘোল ½ পাইণ্ট্ লইয়া তাহাতে ১১০ গ্রেণ্ দুগ্ধ-শর্করা মিশাইয়া যখন বেশ শীতল হইবে তখন তাহাতে ½ পাইণ্ট্ সদ্য দুগ্ধ এবং ক্ষুদ্র চামচের ২ চামচ ক্রিম্ মিশাইয়া উত্তমরূপে নাড়িতে হয়। এই খাদ্য ১২ ঘণ্টা অন্তর প্রস্তুত করা কর্ত্তব্য। শিশুকে পান করাইবার সময় গরম করিয়া পান করান উচিত। রেনেট্ খণ্ড কোন পাত্রে রাখিয়া ১০।১৫ দিন ব্যবহার করা চলে। শিশুর বয়ঃক্রম এক মাসের অধিক না হইলে ½ পাইণ্ট্ অপেক্ষা অধিক ঘোল দুগ্ধের সহিত মিশান উচিত নচেৎ শিশুর পক্ষে উহা দুষ্পাচ্য হইয়া পড়ে।

শিশুকে বোতলে দুগ্ধ পান করিতে দিলে অত্যন্ত সাবধান ও যত্ন আবশ্যক। শিশুর খাদ্য প্রতিবার নূতন করিয়া প্রস্তুত করা উচিত এবং যে বোতলে দুগ্ধপান করিতে দেওয়া হইবে, যখন ব্যবহার না হইবে তখন নলের সহিত সেই বোতল ক্রমাগত জলে ভিজাইয়া রাখা উচিত। নচেৎ তাহাতে দুগ্ধ লাগিয়া থাকিলে অম্লরসযুক্ত হইয়া পেয় দুগ্ধ বিগুণ করে এবং শিশুর মুখে থ্রাশ্ নামক ক্ষত জন্মায়। বোতলের আকৃতি সম্বন্ধে বিশেষ কোন আপত্তি নাই। আজকাল রবারের নল লাগান যে সকল

কৃত্রিম উপায়ে সন্তান পালন প্রথা।

বোতল বিক্রয় হয় তাহাই ভাল। পুর্ব্বেকার চ্যাপ্‌টা বোতলে শিশুর কষ্ট হইত, কারণ ঐরূপ বোতলে টানিতে জোর লাগে এবং অল্প পরিমাণে দুগ্ধ আইসে। শিশুকে নিয়মিত সময়ে আহার দেওয়া উচিত। প্রথম প্রথম দুই ঘণ্টা অন্তর তৎপরে ক্রমশঃ অধিক বিলম্বে দুগ্ধপান করান উচিত। ধাত্রীরা সচরাচর শিশুর শয্যার পার্শ্বে বোতল রাখিয়া দিয়া নিশ্চিন্ত থাকে। ইহার ফল এই যে শিশু অত্যন্ত পেট ভরিয়া পান করে এবং তদ্দ্বারা উদরস্ফীতি ও অজীর্ণ উপস্থিত হয়। নিয়মিত সময়ে শিশুকে শয্যা হইতে উত্তোলন করিয়া দুগ্ধপান করাইয়া আবার শয়ন করাইয়া দিতে হয়। বোতলে দুগ্ধপান করাইলে প্রথম প্রথম কোষ্ঠবদ্ধ হইয়া থাকে। এইজন্য একটি তিন পেনি মুদ্রায় যতটুক ফস্‌ফেট্‌ অফ্‌ সোডা ধরে তাহা দিবসে দুই তিনবার দুগ্ধে মিশাইয়া দিলে কোষ্ঠ পরিষ্কার হয়।

এই উপায়ে কোন অসুখ না হইলে ৬৭ মাস বয়ঃক্রম পর্য্যন্ত অন্য খাদ্যের অন্যান্য প্রকার খাদ্য। আবশ্যক হয় না। ৬৭ মাস বয়স হইলে ক্রমশঃ "ইন্‌ফ্যাণ্ট্‌ ফুড্‌" বা শিশুখাদ্য খাইতে দিতে হয়। এই খাদ্য অনেকপ্রকার আছে তাহার মধ্যে কতকগুলি ভাল আর কতকগুলি একেবারে অনুপ-যোগী। এই সকল খাদ্যে পুষ্টিসামগ্রী যাহাতে যথাযোগ্য পরিমাণে থাকে তাহা দেখা আবশ্যক। যে সকল খাদ্যে কেবলমাত্র শ্বেতসার আছে যথা এরোরুট, কর্ণ ফ্লাউয়ার্‌ প্রভৃতি শিশুদিগকে দেওয়া উচিত নহে। কিন্তু যাহাতে শ্বেতসার ও যবক্ষারজন উভয়ই থাকে তাহা স্বচ্ছন্দে দেওয়া যাইতে পারে। ভূষি মিশ্রিত গোধুম চূর্ণ শিশুদিগের পক্ষে বিশেষ উপকারী। রাস্কস্‌, টপ্‌স্‌ ও বট্‌মস্‌, নেসেলের অথবা লিবিগের শিশু খাদ্য প্রভৃতি শিশুদিগের পক্ষে বড় ভাল। শিশু দেখিতে পাংশুবর্ণ ও লোলমাংস হইলে এবং তাহার বয়ঃক্রম ৬৭ মাস হইলে কেবল যবক্ষারজন নির্ম্মিত খাদ্য প্রত্যহ দুইবার করিয়া দেওয়া উচিত। দিবসে একবার গোমাংস বা গোবৎস-মাংস অথবা মুরগীশাবকের মাংসের চা প্রস্তুত করিয়া এবং তাহাতে অল্প রুটীর শস্য মিশাইয়া সাহেবদের শিশুগণকে দেওয়া উচিত। কিন্তু শিশুমাত্রেরই বহুকালাবধি দুগ্ধ প্রধান খাদ্য রাখা উচিত।

শিশু দেখিতে পাংশুবর্ণ ও লোলমাংস হইলে এবং মোটা না হইলে বিশে-

দুগ্ধ সহ্য না হইলে কি করা কর্ত্তব্য।

যতঃ উদরাময় প্রভৃতি অন্তঃকোষ্ঠের গোলোযোগ থাকিলে বুঝিতে হইবে যে কৃত্রিম উপায় শিশুর সহ্য হইতেছে না; সুতরাং আহার পরিবর্ত্তনের আবশ্যক হইতেছে। শিশু অধিক বড় না হইলে ও স্তন পান করিতে চাহিলে স্তনদুগ্ধই সর্ব্বাপেক্ষা উত্তম, কিন্তু স্তনপান করান অসঙ্গত হইলে আহার পরিবর্ত্তন করা আবশ্যক। দুগ্ধ সহ্য না হইলে ক্রিম্ বা সর একভাগ জলে মিশাইয়া দিলে ভাল হয়। কখন কখন মেলিন্ বা লিবিগের শিশু খাদ্য রীতিমত প্রস্তুত করিতে পারিলে বড় উপকারে আইসে। অনেক সময়ে শিশুর একবার উদরাময় প্রভৃতি রোগ হইলে তাহা আরোগ্য করা দুষ্কর হইয়া উঠে এবং তাহার জীবন সংশয় না হউক একেবারে স্বাস্থ্যভঙ্গ হয়। কিন্তু শিশুদিগের রোগের কথা এই পুস্তকে বর্ণনা করিবার উদ্দেশ্য নহে, কারণ তৎসম্বন্ধে স্বতন্ত্র পুস্তক পাঠ করা আবশ্যক, সুতরাং শিশু রোগের বিষয় এই স্থলে আর অধিক বলিবার আবশ্যক নাই।

তৃতীয় পরিচ্ছেদ।

সূতিকাক্ষেপক রোগ।

সূতিকাক্ষেপক।

গর্ভকালের শেষ কয়েক মাসে অথবা প্রসবকালে কিম্বা তাহার পর মৃগীর ন্যায় যে আক্ষেপ রোগ হইতে দেখা যায় তাহাকে সূতিকাক্ষেপক রোগ বলে। ইহা অতিভয়ানক রোগ। সচরাচর ইহার আক্রমণ আকস্মিক, অভাবনীয় ও ভয়াবহ হইয়া থাকে। এই রোগে প্রসূতি ও সন্তানের অত্যন্ত বিপদ ঘটিয়া থাকে বলিয়া সকলেই ইহার বিষয়ে নিতান্ত অভিনিবেশ করিয়া থাকেন।

ইহার উৎপত্তি সম্বন্ধে।

লীভার্, ব্রণ, ফ্রেরিকৃস এবং অন্যান্য লেখকগণ যে সমস্ত গবেষণাদ্বারা স্থির করিয়াছেন যে এল্‌ব্যুমিন্যূরীয়া রোগের সহিত এই

কোল। রোগের ঘনিষ্ঠ সংস্রব আছে, তদ্দৃষ্টে অনেকে মনে করেন যে ইহার উৎপত্তি অনেক পরিষ্কার হইয়াছে এবং মূত্রের ত্যাজ্য পদার্থ রক্তের সহিত সম্মিলিত থাকাতেই যে এই রোগ উপনীত হয় তাহাও প্রায় প্রমাণিত হইয়াছে। মূত্রদোষজন্য এই রোগ উৎপন্ন হইতে পারে তাহা অনেকে বিশ্বাস করিলেও আধুনিক গবেষণাদ্বারা প্রমাণিত হয় নাই। সুতরাং ইহার প্রকৃত নিদান কি তাহা আমরা নিশ্চিত বলিতে পারি না। এই সকল বিষয় পরে সবিস্তার আলোচিত হইবে। এক্ষণে রোগের ইতিবৃত্ত ও স্বরূপ প্রথমে বর্ণনা করা যাইতেছে।

একনামে বিভিন্ন রোগ অভিহিত হয় বলিয়া গোল।

সম্পূর্ণ বিভিন্ন কতকগুলি রোগ এক নামে অভিহিত হয় বলিয়া সূতিকা-ক্ষেপক রোগ বর্ণনা করিবার অসুবিধা হইয়াছে। ধাত্রী-বিদ্যাবিষয়ক অধিকাংশ গ্রন্থে তিনটি বিভিন্ন শ্রেণীর আক্ষেপক রোগ সচরাচর বর্ণিত হইয়া থাকে; যথা—এপিলেপ্‌টিক্ (অপস্মার জনিত) আক্ষেপ; হিষ্টেরিক্যাল্ (অপতানক) আক্ষেপ ও এঁপোপ্লেক্‌টিক্ (অপতন্ত্রক) আক্ষেপ। এই শেষোক্ত দুইটি রোগ সম্পূর্ণ বিভিন্ন শ্রেণীভুক্ত। গর্ভিণী স্ত্রীলোকের হিষ্টীরিয়া রোগজন্য আক্ষেপ হইতে পারে অথবা তাহার এঁপোপ্লেক্সী রোগ হইয়া সংজ্ঞালোপ এবং অব-শেষে পক্ষাঘাত পর্য্যন্ত হওয়াও বিচিত্র নহে। কিন্তু এই দুই রোগ গর্ভকালে হইলেও যে প্রকার হয় অগর্ভাবস্থাতেও সেই প্রকার হইয়া থাকে, ইহাদের কিছুই বৈলক্ষণ্য নাই। প্রকৃত আক্ষেপ রোগের ইতিবৃত্ত মৃগীরোগের ইতিবৃত্ত হইতেও বিভিন্ন, কিন্তু আক্ষেপ রোগের আক্রমণ যতক্ষণ থাকে ততক্ষণ দেখিতে ঠিক মৃগীরোগর আক্রমণের ন্যায়।

আভাসিক লক্ষণ।

অল্পাধিক আভাসিক লক্ষণ প্রকাশ না পাইয়া প্রায় আক্ষেপ রোগ ঘটিতে দেখা যায় না। অনেক স্থলে আভাসিক লক্ষণ এত সামান্য হয় যে উহা অলক্ষিত থাকে এবং যতক্ষণ রোগীর স্পষ্ট আক্ষেপ না হয় ততক্ষণ কোন সন্দেহই হয় না। এরূপ হইলে সাবধানে তত্ত্ব করিলে জানা যায় যে রোগীর দুই একটি আভাসিক লক্ষণ বর্ত্তমান ছিল। এই সকল আভাসিক লক্ষণ উপেক্ষিত না হইলে ইহাদ্বারা চিকিৎসক সতর্ক থাকিতে পারেন এবং সম্ভবতঃ রোগটি স্পষ্ট উৎপন্ন হইতে না দিতে পারেন। সুতরাং

এই রোগের আভাসিক লক্ষণের বিষয় দৃষ্টি রাখা ভাল। আভাসিক লক্ষণের মধ্যে যে গুলি সচরাচর ঘটে তাহারা মস্তিষ্কের সেরিব্রাম্ অংশের সহিত সংশ্লিষ্ট। সাধারণতঃ ভয়ানক শিরোবেদনা হইতে শুনা যায় এবং ইহা সময়ে সময়ে ললাটের একপার্শ্বব্যাপী হইয়া থাকে। শিরোঘূর্ণন, অলীক বিন্দু দর্শন, দৃষ্টিহীনতা, অথবা চিত্তের বৈকল্য সচরাচর ঘটিয়া থাকে। এই সকল লক্ষণ গর্ভকালে হইলে অত্যন্ত আশঙ্কার বিষয় সন্দেহ নাই এবং উপস্থিত হইলে তৎ-ক্ষণাৎ পুঙ্খানুপুঙ্খরূপে তথ্য লইতে হয়। অকারণে ভয় বা ক্রোধোদ্রেক, অরতি বা বিরক্তিভাব, অল্প শিরঃপীড়া, বিহ্বলতা ও শরীরে অস্বচ্ছন্দ বোধ প্রভৃতি এই রোগের সামান্য পূর্ব্ব লক্ষণ। আভাসিক লক্ষণের মধ্যে আর একটির বিষয় জানা নিতান্ত আবশ্যক। মুখমণ্ডল ও দেহের ঊর্দ্ধ শাখার ত্বকের নিম্নে কৌষিক উপাদানের শোথ দেখিলে তদ্দণ্ডেই গর্ভিণীর মূত্র পরীক্ষা করা কর্ত্তব্য।

আক্রমণ লক্ষণ।

রোগাক্রমণের পূর্ব্বে এইসকল আভাসিক লক্ষণ প্রকাশ না পাইলেও আক্র-মণ কালীন কেবল আক্ষেপ দর্শনে রোগ স্থির করা যাইতে পারে। এই রোগটি সাধারণতঃ অকস্মাৎ আক্রমণ করে এবং ইহা দেখিতে গুরুতর মৃগীরোগ কিংবা বালকদিগের তড়্কারোগের সদৃশ। অভি-নিবিষ্ট চিত্তে পরীক্ষা করিলে জানা যায় যে এই রোগে ক্ষণকালজন্য সমগ্র দেহের মাংসপেশীর অবিরাম সঙ্কোচ উপস্থিত হয়। এই অবিরাম সঙ্কোচের পর দুর্দ্দান্ত পৌনঃপুনিক আক্ষেপ হইতে দেখা যায় এবং ইহা মুখমণ্ডলের পেশীসমূহ হই-তেই আরম্ভ হয়। মুখ সবলে আক্ষিপ্ত হইতে থাকে। আকার প্রকার ভয়ঙ্কর পরিবর্ত্তিত হয়। চক্ষুর্গোলক ঊর্দ্ধগত হইয়া শিবনেত্র সদৃশ হয়, এবং মুখের কোণ পশ্চাদ্ধাবিত হওয়ায় "দাঁতখিচানির" ন্যায় দেখায়। জিহ্বা সবলে নির্গত হইয়া বাহিরে থাকিয়া যায় এবং তৎকালে সতর্ক না থাকিলে দাঁতকপাটি লাগিয়া উহা গুরুতররূপে আহত হইতে পারে। মুখমণ্ডল প্রথমে পাংশুবর্ণ থাকে কিছুক্ষণ পরে গাঢ় নিলীমা প্রাপ্ত হয়। গ্রীবাস্থ শিরাসকল স্ফীত এবং ক্যারটিড্ ধমনীদ্বয় সবলে স্পন্দিত হইতে থাকে। মুখমধ্যে ফেনযুক্ত লালা পূর্ণ হইয়া বাহিরে গড়াইয়া পড়িতে দেখা যায়। এই সকল বিকট লক্ষণে রোগী এরূপ বিকটাকার হয় যে তাহার আত্মীয়বর্গও তাহাকে চিনিতে পারে

প্রথমে অবিরাম আক্ষেপ হইয়া অব-শেষে সবিরাম হয়।

না। আক্ষেপিক সঙ্কোচ ক্রমশঃ তাবৎ দেহই ব্যাপিয়া ফেলে। হস্ত ও বাহু প্রথমে কঠিন, বিস্তৃত ও বদ্ধমুষ্টি হইয়া সেই ভাবেই থাকিয়া যায়, পরে ঝাঁকিতে আরম্ভ করে। এইরূপে দেহের সমগ্র মাংসপেশীই ঘন ঘন ও পৌনঃপুনিক আক্ষেপদ্বারা উদ্বেলিত হইতে থাকে। এই রোগে ঐচ্ছিক অনৈচ্ছিক উভয় প্রকার পেশীই আক্ষিপ্ত হইতে দেখা যায়। ইহার প্রমাণ এই যে রোগপ্রারম্ভে *ক্ষণকালের জন্য শ্বাসপ্রশ্বাসও বন্ধ হয় এবং কিয়ৎকালের মধ্যেই উহা অসম,* দ্রুত এবং সর্পগর্জনের অনুকারী হয়। আবার রোগীর অজ্ঞাতসারে বিন্মূত্র ত্যাগ হয় দেখিয়াও অনৈচ্ছিক পেশীসঙ্কোচ বুঝিতে পারা যায়। আক্রান্ত অবস্থায় রোগী একেবারে সংজ্ঞাবিহীন থাকে। অনুভব শক্তি তিরোহিত হয় এবং রোগের স্মৃতিরও লোপ হয়। সৌভাগ্যক্রমে আক্ষেপ দীর্ঘস্থায়ী হয় না। সচরাচর ইহা তিন চারি মিনিটের অধিককাল স্থায়ী হয় না, বরং কম হইয়া থাকে। কিয়ৎকাল বিরামের পর প্রায়ই আক্ষেপ পুনর্ব্বার উপস্থিত হয় এবং পরবর্ত্তী ঘটনাবলী প্রায় উক্তরূপ হয়। আক্ষেপের বল ও পৌনঃপুনিকতা অনেকটা রোগের আতিশয্যেরই উপর নির্ভর করে। কখন কখন এমন হয় যে কয়েক ঘণ্টা পর্য্যন্ত দ্বিতীয় আক্রমণ না আসিতে পারে। আবার কখন কখন এত শীঘ্র ও ঘন ঘন আক্ষেপ হয় যে কয়েক মিনিটও বিরাম থাকে না। রোগ যৎসামান্য প্রকাশ পাইলে কোথাও কোথাও দুই তিন বারের অধিক আক্রমণ দেখা যায় না, কিন্তু ইহার আতিশয্যে ৫০ ৬০ বারও হইবার বিষয় উল্লেখ আছে।

আক্রমণের পৌনঃপুনিকতা বিভিন্ন প্রকার।

প্রথম আক্রমণের পর রোগী শীঘ্রই সংজ্ঞালাভ করে, কিন্তু তাহার অত্যন্ত আলস্য বোধ হয় এবং তন্দ্রাবেশ থাকে এবং কি ঘটিয়াছিল তাহা ভাল বুঝিতে পারে না। আক্রমণ ঘন ঘন হইলে দুই আক্রমণের মধ্যকালে রোগীর সংজ্ঞা থাকে না। মস্তিষ্ক মধ্যে ভয়ঙ্কর রক্ত সঞ্চিত হয় এবং গলদেশের মাংসপেশীগণের আক্ষেপিক সঙ্কোচ হয় বলিয়া শিরারক্ত সঞ্চলনের বিঘ্ন ঘটে। এই দুই কারণেসংজ্ঞাবিলোপ অবস্থায় অনুভব শক্তির তিরোভাব সম্পূর্ণরূপে হয় না, কারণ উত্তেজিত করিলে রোগী অনুভব করিতে পারে এবং প্রসববেদনা উপস্থিত হইলে গোঁ গোঁ শব্দ করে। রোগের আতিশয্যে সংজ্ঞাবিলোপ সম্পূর্ণ ও অবিরাম

দুই আক্রমণ কালের মধ্যসময়ে রোগীর অবস্থা।

হয় এবং এই অবস্থায় মৃত্যু হইতে পারে। আক্ষেপ বন্ধ হইলে এবং রোগী চৈতন্ত লাভ করিয়া আরোগ্যোন্মুখ হইলে, রোগাক্রমণের কিছু পূর্ব্ব হইতে আক্রমণাবস্থা পর্য্যন্ত যাহা কিছু ঘটিয়াছে তাহার স্মৃতিভ্রংশ হয়। এই স্মৃতি-লোপ অনেক দিন পর্য্যন্ত থাকিতে পারে। ডাক্তার প্লেফেয়ার্ এইরূপ একটি অদ্ভুত ঘটনার উল্লেখ করিয়াছেন। একজন ভদ্রমহিলার প্রসব হইবার ঠিক এক সপ্তাহ পূর্ব্বে তাহার প্রিয়তম সোদরের মৃত্যু হওয়ায় সে এত অধিক শোক সন্তপ্ত হইয়াছিল যে তাহার তজ্জন্য এই রোগ উপস্থিত হইয়াছিল। কয়েক সপ্তাহ পর তাহার স্মৃতি পুনরাগত হয়, কিন্ত রোগকালে যাহা ঘটিয়াছিল এবং তাহার সোদরের মৃত্যু যে প্রকারে ঘটিয়াছিল তাহার কিছুই স্মরণ ছিল না।

প্রসব বেদনার সহিত এই রোগের সম্বন্ধ।

গর্ভকালে আক্ষেপক রোগ হইলে নিশ্চয়ই প্রসববেদনা শীঘ্র উপস্থিত হয়, কারণ এই রোগে স্নায়ুমণ্ডল যেরূপ ভয়ঙ্কর প্রপীড়িত হয় এবং সমগ্র দেহে যে প্রকার বৈলক্ষণ্য উপস্থিত হয় তাহাতে প্রসববেদনা আসাই সঙ্গত। সময়ে সময়ে ইহা যেরূপ প্রসবকালে প্রথম উপস্থিত হয় সেরূপ হইলে বেদনা ক্রমশঃ অধিকতর সবল ও ঘন ঘন হইতে থাকে। কেন না জরায়ুর আক্ষেপিক সঙ্কোচও হইতে থাকে। কখন কখন বেদনা এত প্রবল হইতে দেখা গিয়াছে যে নিয়মিত সময়ের পূর্ব্বে (যখন চিকিৎসক রোগীকে লইয়া ব্যতিব্যস্ত) সন্তান ভূমিষ্ঠ হইয়াছে। অনেক স্থলে বেদনারম্ভেই নূতন আক্রমণের সূচনা হইতে দেখা যায় তখন বেদনার উত্তেজনা দ্বারাই আক্ষেপ উপস্থিত হয়।

প্রসূতি ও সন্তানের পরিণাম।

আক্ষেপ রোগের পরিণাম রোগের আতিশয্যের উপর নির্ভর করে। সচরাচর তিন চারি জনের মধ্যে একজনের মৃত্যু হয় কথিত আছে। কিন্ত রোগের স্বরূপ ও যুক্তিসঙ্গত চিকিৎসা বিষয়ে আমাদের জ্ঞানোন্নতি হইয়াছে বলিয়া ইদানী মৃত্যুসংখ্যা অনেক কমিয়াছে। বার্কার্ সাহেব তালিকা সংগ্রহ করিয়া ইহা প্রমাণ করিয়াছেন। ফিলিপ্‌স্ সাহেবও বলেন যে এই রোগে উপযোগী অনুপযোগী স্থল বিচার না করিয়া পূর্ব্বে যে প্রকার ঘন ঘন রক্তমোক্ষণ অনুষ্ঠিত হইত তাহা পরিত্যক্ত হইয়া ক্লোরোফর্ম্ প্রচলিত হওয়ায় ইহার মৃত্যুসংখ্যা অনেক কম হইয়াছে।

রোগের আক্রমণ অবস্থাতে অবিরাম ও আক্ষেপিক সঙ্কোচ দীর্ঘস্থায়ী হয়

মৃত্যুর কারণ। বলিয়া শ্বাসাবরোধে মৃত্যু হইতে পারে। শিশুদিগের ল্যারিঞ্জীসমাস্ ষ্ট্রীডুলাস্ নামক আক্ষেপিক রোগে যে প্রকার শ্বাসপ্রশ্বাস ক্রিয়া স্থগিত থাকে এই রোগেও যে সেইরূপ হয় তাহাতে সন্দেহ নাই। ইচ্ছা বহির্ভূত অন্যান্যপেশী সকলের যখন আক্ষেপিক সঙ্কোচ হয় তখন হৃৎপিণ্ডের পেশীগণেরও সেইরূপ হওয়া সম্ভব। অনেক স্থলে কিছু বিলম্বে মৃত্যু হয়, তখন অবসাদ ও শ্বাসাবরোধই ইহার কারণ। মৃতদেহ ব্যবচ্ছেদ করিয়া এই রোগে কি জানা যায় তাহা বড় অধিক লিপিবদ্ধ নাই। যাহা কিছু আছে তদ্দৃষ্টে জানা যায় যে এই রোগে মস্তিষ্ক রক্তহীন এবং তাহার নির্ম্মাণোপকরণ মধ্যে রসাদি জমিয়া উহা শোথযুক্ত হয়। কোন কোন বিরল স্থলে আক্ষেপ জন্য মস্তিষ্কের বেনৃটিকুল্ মধ্যে কিম্বা তলদেশে রক্তপাত হয়। সন্তানের পরিণামও বড় ভয়ানক হয়। হল্ ডেভিস্ সাহেব বলেন যে ৩৬টি সন্তানের মধ্যে ২৬টি জীবিতাবস্থায় ভূমিষ্ঠ হয় এবং ১০টি নিস্পন্দজাত হইয়াছিল। গর্ভস্থ ভ্রূণেরও আক্ষেপক রোগ হইতে পারে। কার্জোঁ সাহেব ইহার কতক গুলি দৃষ্টান্ত দেন। ভূমিষ্ঠ হইবামাত্র রোগ না থাকিলেও ভবিষ্যতে ইহা হইতে দেখা গিয়াছে।

এই রোগের প্রকৃত নিদান আজিও স্থির হয় নাই। সূতিকাক্ষেপ রোগ-

রোগ-নিদান। গ্রস্ত রোগীর মূত্রে অধিক পরিমাণে এল্‌বুমেন্ পাওয়া যায় ইহা লীভার্ সাহেব ১৮৪৩ খৃঃ অব্দে যখন প্রথম প্রমাণ করেন তখন সকলেই মনে করিয়াছিলেন যে এই রোগের প্রকৃত নিদান এত দিনে বুঝিতে পারা গেল। সেই সময়ে সকলেই জানিতেন যে রক্তমধ্যে মূত্রের ত্যাজ্য পদার্থ থাকিয়া গেলে পুরাতন ব্রাইট্-আময় উপস্থিত হয় এবং ইহাতে আক্ষেপও কখন কখন ঘটিতে দেখা যায়। সুতরাং আক্ষেপরোগের আক্ষেপও রক্তমধ্যে ইউরিয়া পদার্থের সম্মিলন জন্যই যে উপস্থিত হয় ইহা সকলেই সহজে অনুভবসিদ্ধ করিয়াছিলেন। এই কাল্পনিক মতটি ব্রণ্ ও ফ্রেরিক্‌স্ সাহেবেরা অনুমোদন করায় সাধারণে প্রচলিত হইয়াছিল। ফ্রেরিক্‌স্ সাহেব এই মতটি পরিবর্ত্তিত করিয়া বলিয়াছেন যে রক্ত বিষাক্ততা ইউরীয়া দ্বারা সংসাধিত না হইয়া বরং উহার পরিণতি কার্বনেট্ অফ্ এমোনিয়া দ্বারাই ঘটিয়া থাকে।

এই কাল্পনিক মতটি প্রতিপাদিত করিবার জন্য ইতরজন্তুদিগের শিরামধ্যে কার্ব্বনেট্ অব্ এমোনিয়া সঞ্চালিত করিয়া আক্ষেপ হয় কিনা পরীক্ষা করা হইয়াছিল। মেরীল্যাণ্ড্‌বাসী ডাং হামণ্ড্, ফ্রেরিক্স্ সাহেবের মত খণ্ডন করিয়া প্রমাণ করেন যে রক্তমধ্যে ইউরিয়ার পরিণতি হয় না এবং ইউরীমিয়া রোগের লক্ষণও ফ্রেরিক্স্ সাহেব যে প্রকারে প্রকাশ পায় বলিয়া থাকেন সেই প্রকার হয় না। আবার অন্য অনেকে বলেন যে ইউরিয়া অথবা তাহার পরিণতি ইহার কোনটিদ্বারাই রক্ত বিষাক্ত হয় না। যে পদার্থদ্বারা উহা বিষাক্ত হয় তাহা আমাদের গোচরে আইসে না। কালসহকারে আমরা জানিতে পারিতেছি যে আক্ষেপ ও এল্‌ব্যুমিন্যুরিয়া রোগ এই উভয়ের কার্য্যকারণ সম্বন্ধ সর্ব্বত্র বর্ত্তমান থাকে না। এমন অনেক ঘটনা দেখা গিয়াছে যে মূত্রে প্রচুর পরিমাণে এল্‌ব্যুমেন্ থাকিয়াও আক্ষেপ রোগ হয় নাই। গর্ভের পূর্ব্বে ব্রাইট্-আময় থাকিয়া এবং গর্ভকালে এল্‌ব্যুমিন্যুরীয়া রোগ উৎপন্ন হইয়াও আক্ষেপ ঘটিতে দেখা যায় নাই। ইম্‌বার্ট্ গুবেয়ার্ ও ব্লট্ সাহেবেরা তালিকাদ্বারা ইহা প্রমাণ করিয়াছেন।

কোন কোন স্থলে এই মতটি খাটে না।

এই সকল ঘটনাদ্বারা বুঝা যায় যে এল্‌ব্যুমিন্যুরীয়া হইলেই যে আক্ষেপ রোগ হইতে হইবে তাহার কোন কারণ নাই। এমন অনেক ঘটনা দেখা গিয়াছে যে প্রথমে আক্ষেপ রোগ হইয়া পরে মূত্রে এল্‌ব্যুমেন্ পাওয়া গিয়াছে। এইসকল স্থলে স্পষ্টই বুঝা যাইতেছে যে মূত্রের দূষিত পদার্থ আবদ্ধ থাকিলেই যে আক্ষেপ রোগ হয় তাহা নহে। সম্ভবতঃ এই সকল স্থলে এল্‌ব্যুমিন্যুরীয়া ও আক্ষেপ উভয় রোগই কোন অনির্দ্দিষ্ট কারণ হইতে উৎপন্ন হয়। ব্রাক্স্‌টন্ হিক্স্ সাহেব বলেন যে এলব্যুমিন্যুরীয়া ও আক্ষেপ একত্র উপস্থিত হইবার কারণ নিম্নলিখিত তিনটির মধ্যে একটি :—

যেস্থলে এল্‌বুমিন্যুরীয়া হইবার পূর্ব্বে আক্ষেপ রোগ হয়।

১ম ;—আক্ষেপ রোগদ্বারাই নিফ্রাইটিস্ (বৃক্কস্থ প্রদাহ) উপস্থিত হয়।

২য় ;—আক্ষেপ ও নিফ্রাইটিস্ একই কারণে উৎপন্ন হয়। (দূষিত পদার্থ রক্ত মধ্যে সঞ্চালিত হওয়ায় সেরিব্রো-স্পাইনাল্ স্নায়ুমণ্ডলী এবং অন্যান্য অন্তঃকোষ্ঠ উত্তেজিত হয়)।

৩য় ;—গ্লটিসের আক্ষেপিক সঙ্কোচ জন্য শিরা মধ্যে যে ভয়ানক রক্ত সঞ্চয় হয় তদ্দ্বারা বৃক্কক্ প্রদাহ ঘটিতে পারে।

অল্পদিন হইল ট্রব্ ও রোজেনষ্টীন্ সাহেবদ্বয় এই রোগের উৎপত্তি সম্বন্ধে যে গোল আছে তাহা নিরাকরণ করিবার মানসে একটি মত ব্যক্ত করিয়াছেন। তাঁহারা বলেন যে গর্ভ-নিবন্ধন রক্তে যেসকল পরিবর্ত্তন ঘটে তাহার ফলে মস্তিষ্ক মধ্যে তীব্র রক্তাল্পতা উপস্থিত হইয়া আক্ষেপক রোগ উৎপন্ন করে। রক্তে জলীয়াংশের আধিক্য গর্ভের আনুষঙ্গিক এবং ইহাই আক্ষেপ রোগ উৎপাদনের মুখ্য কারণ, তাহার উপর এল্‌ব্যুমিন্যুরীয়া রোগ বর্ত্তমান থাকিলে রক্তে জলীয়াংশ আরও বর্দ্ধিত হয়। এই জন্যই এই দুই রোগ সচরাচর একত্র উপস্থিত হয়। গর্ভকালে স্বভা-বতই হৃৎপিণ্ডের বিবৃদ্ধি হইয়া থাকে তজ্জন্য রক্তের উল্লিখিত অবস্থার সহিত ধমনী মণ্ডলীতে রক্তচাপ অধিক হইয়া থাকে। এই সকল অবস্থা যুগপৎ কার্য্য কবায় মস্তিষ্ক মধ্যে প্রথমে ক্ষণস্থায়ী রক্তাধিক্য হইয়া পরক্ষণে মস্তিষ্কের উপকরণ মধ্যে অতি ত্বরায় সিরাম্ বিনিঃসৃত হয়। সুতরাং মস্তিষ্কের সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম রক্তবহা নাড়ীর উপর চাপ পড়ে ও রক্তাল্পতা উৎপাদন করে। আক্ষেপিক রোগমাত্রেরই কারণতত্ত্ব সম্বন্ধে ইদানী যে সকল বিজ্ঞানসম্মত মত প্রচলিত তাহার সহিত উল্লিখিত মতের অনেক সামঞ্জস্য লক্ষিত হয়। কুস্‌মল্ ও টেনার্ সাহেবেরা পরীক্ষাদ্বারা স্থির করিয়াছেন যে আক্ষেপিক রোগ মস্তিষ্কের রক্তা-ল্পতাবশতঃই উৎপন্ন হয়। সেইরূপ ব্রাউন্‌সেক্যুয়ার্ড্ সাহেবও প্রমাণ করিয়া-ছেন যে স্নায়ু-কেন্দ্রের রক্তাল্পতা জন্যই মৃগীরোগে আক্ষেপিক সঙ্কোচ উপস্থিত হয়। প্রসববেদনা কালে কেন যে আক্ষেপের বৃদ্ধি হয় তাহাও উক্ত মত দ্বারা বিশদরূপে বুঝিতে পারা যায়। কারণ বেদনার চূড়ান্তকালে মস্তিষ্ক ধমনী-মণ্ডলীতে রক্তচাপের আতিশয্য হয়। যাহাহউক এই মতটি সর্ব্ববাদীসম্মত হইবার আপত্তি যে একেবারে নাই এমন নহে, কেননা যেসকল স্থলে এই রোগের আক্রমণকালের পুর্ব্বে স্পষ্ট আভাসিক লক্ষণ উপস্থিত হয় এবং যথায় মুত্রে প্রচুর পরিমাণে এল্‌ব্যুমেন্ (অণ্ডলাল) পাওয়া যায় সেই সকল ঘটনা এই মত দ্বারা যথাযথ বুঝিতে পারা যায় না। পুরাতন ব্রাইট্‌আময়ে ইউ-রীমিয়া-বিষাক্ততার লক্ষণ প্রকাশ পাইবার পুর্ব্বে যেসকল আভাসিক লক্ষণ

ট্রব্ ও রোজেন্‌ষ্টীন্ সাহেবদের মত।

উপস্থিত হয় উল্লিখিত ঘটনা গুলিতেও সেই সকল আভাসিক লক্ষণ দেখা গিয়া থাকে।. পুরাতন ব্রাইট্-আময়ের কথিত অবস্থার আভাসিক লক্ষণ যে রক্তের সহিত মূত্রের ত্যাজ্য পদার্থ সম্মিলন বশতই উৎপন্ন হয় তাহাতে কোন সংশয় নাই। অপিচ লোহলীন্ প্রভৃতি সাহেবেরা প্রতিপন্ন করিয়াছেন যে আক্ষেপ রোগে শব-ব্যবচ্ছেদ দ্বারা মস্তিষ্ক মধ্যে শোথ, রক্তাল্পতা এবং মস্তিষ্কের কন্‌বল্যুশন্‌স্ সকলের চ্যাপ্‌টা আকার (এই সমল গুলিই পূর্ব্বোক্ত মতে কল্পিত হয়) প্রায়ই দেখিতে পাওয়া যায় না।

ম্যাক্‌ডোনাল্‌ড্ সাহেব এই বিষয়ে একটি সুন্দর প্রবন্ধ লিখিয়াছেন এবং তাহাতে অতি সাবধানে অনুষ্ঠিত দুইটি শব-ব্যবচ্ছেদের বিষয় লিপিবদ্ধ করিয়াছেন। উভয় স্থলেই তিনি শবের সেরিব্রো-স্পাইনাল্ (মাস্তিষ্ক্য-কাশেরুক) স্নায়ু-কেন্দ্রে অতিশয় রক্তাল্পতা ও মস্তিষ্ক পরিরক্ষক ঝিল্লীতে রক্তসঞ্চয় লক্ষ্য করিয়াছিলেন, কিন্তু শোথের কোন চিহ্নই পান নাই। ত্যাজ্য পদার্থ বৃক্কক কর্ত্তৃক দেহ হইতে বিনিঃসৃত না হইয়া রক্তের সহিত সম্মিলিত থাকায় রক্তাল্পতা উপস্থিত হয় এবং তজ্জন্য বাসোমোটর্ (অর্থাৎ রক্তবাহী নাড়ী-পরিচালক) স্নায়ু-কেন্দ্রের সমধিক উত্তেজনা হয় বলিয়া আক্ষেপ রোগ উৎপন্ন হয় ইহা তাঁহার বিশ্বাস। এই উত্তেজনাধিক্যই গভীর প্রদেশস্থিত স্নায়ুকেন্দ্রের রক্তাল্পতা ঘটাইয়া আক্ষেপ রোগ উপস্থিত করে ইহাও তাঁহার সিদ্ধান্ত।

ম্যাক্‌ডোনাল্‌ড্ সাহেবের মত।

গর্ভকালে স্ত্রীলোকদিগের স্নায়ুমণ্ডলী বিশিষ্টরূপে উদ্রেকশীল থাকে, ইহা মৃত ডাং টাইলার্ স্মিথ্ প্রভৃতি বিশদরূপে প্রমাণ করিয়াছেন। এই নিমিত্তই সূতিকাকালে স্ত্রীলোকদিগের আক্ষেপ রোগের আশঙ্কা থাকে। এইকালে স্ত্রীলোকের স্নায়ুমণ্ডল অনেকাংশে বালকদিগের স্নায়ুমণ্ডলের সদৃশ থাকে। বালকদিগের স্নায়ুমণ্ডলের আধিপত্য অধিক এবং উহা সহজে উদ্রেকশীলও বটে। রীতিমত উদ্দীপক কারণে বালকদিগেরও আক্ষেপিক রোগ হইয়া থাকে এবং দেখিতে উহা সূতিকাক্ষেপকের তুল্য।

সূতিকাবস্থায় স্ত্রীলোকদিগের স্নায়ু মণ্ডলীর উদ্রেকশীল অবস্থাই আক্ষেপ রোগের প্রবর্ত্তক কারণ।

স্ত্রীলোকদিগের স্নায়ুমণ্ডলের উদ্রেকশীলতা স্বীকার করিলে বুঝা যায় যে প্রবৃত্তিশালী স্নায়ুমণ্ডল সামান্য উদ্দীপক কারণে

উদ্দীপক কারণ।

রোগাক্রান্ত হইতে পারে। এই উদ্দীপক কারণটি এলব্যুমিন্যুরীয়া রোগের আনুষঙ্গিক রক্তবিষাক্তা অথবা রক্তের জলীয় ভাগ জন্য উপস্থিত হয়। এই দুই কারণের সহিত উৎকট মানসিক উদ্বেগসংযুক্ত হইলে (অথবা ইহা স্বতন্ত্র ভাবেই) আক্ষেপ রোগ উৎপন্ন করিতে পারে। স্নায়ুকেন্দ্রের প্রকৃত অবস্থা যে রক্তাল্পতাময় তাহা নিতান্ত সম্ভব। এই বিষয়টি স্মরণ রাখিলে চিকিৎসার অনেক সৌকর্য্য হয়।

সন্দিগ্ধ লক্ষণ দেখিয়া যেখানে এলব্যুমিন্যুরীয়া রোগ ধরা পড়িয়াছে সেই সকল স্থলে কি প্রকার চিকিৎসার আবশ্যক তাহা এই পুস্তকের প্রথম খণ্ডে সবিস্তার আলোচিত হইয়াছে। এই খণ্ডে যে সকল স্থলে প্রকৃত আক্ষেপ উপস্থিত হইয়াছে তাহার চিকিৎসার বিষয় বলা যাইতেছে।

চিকিৎসা।

এই রোগে রক্তমোক্ষণ একমাত্র প্রধান ভরসা ইহা অতি অল্প দিন পর্য্যন্ত লোকের মনে ধারণা ছিল। রোগ হইলেই প্রচুর পরিমাণে রক্ত নির্গত করান হইত এবং ইহাদ্বারা কখন কখন যে বিশেষ উপকার হইত না এমত নহে। রোগী দৃশ্যতঃ সম্পূর্ণ সংজ্ঞাহীন অবস্থায় রহিয়াছে, তাহার দেহ হইতে প্রচুর রক্ত যেমন নির্গত করান হইয়াছে অমনি অল্পকাল মধ্যেই তাহার সংজ্ঞা হইল এরূপ অনেক ঘটনার উল্লেখ পাওয়া যায়। কিন্তু এই উপকারটি অত্যন্ত ক্ষণস্থায়ী এবং অল্পক্ষণ মধ্যেই আবার অধিকতর বেগে আক্ষেপিক পেশীসঙ্কোচ হইতে থাকে। রক্তমোক্ষণ দ্বারা কেবল যে ক্ষণিক উপশম হয় তাহার প্রমাণে অনেক যুক্তি দেখিতে পাওয়া যায়। ইহাদ্বারা আক্ষেপ বৃদ্ধি হইবার কারণও দেখা যায়। ড্রোডার্ সাহেব এই সকল কারণ এত সুন্দর রূপে লিপিবদ্ধ করিয়াছেন যে তাঁহার মন্তব্য এস্থলে প্রকটিত না করিয়া থাকা যায় না। তিনি বলেন "ট্রব্ ও রোজেনষ্টীন্ সাহেবদ্বয়ের কাল্পনিক মতটি সত্য হইলে রক্তবাহী মণ্ডল হইতে অকস্মাৎ কতকটা রক্ত নির্গত করিতে পারিলেই রক্তচাপের ন্যূনতাবশতঃ তদণ্ডেই আক্ষেপ বন্ধ হওয়া কর্ত্তব্য। ভূয়োদর্শনদ্বারা জানা গিয়াছে যে শিরা হইতে রক্তমোক্ষণ করিলে অল্পক্ষণ মধ্যেই রক্তের পরিমাণ স্বাভাবিক হইয়া যায়। করণ দেহের সমগ্র উপকরণ হইতেই সিরাম্ নিঃসৃত হইয়া রক্তের ক্ষতি পূরণ করে। কিন্ত ইহাতে রক্তের ঘন

শিরা হইতে রক্ত মোক্ষণ।

রক্তমোক্ষণ সম্বন্ধে যুক্তিসঙ্গত আপত্তি।

অনেক বিকৃত হইয়া যায়। শিরা হইতে রক্ত মোক্ষণ করিবার অল্পকাল মধ্যেই ধমনীমণ্ডলীতে পূর্ব্বে যে রক্তের চাপ ছিল তাহাই পুনর্ব্বার সংস্থাপিত হয়, কিন্তু রক্ত পূর্ব্বের অপেক্ষা অনেক অংশে জলীয় হইয়া যায়। এই যুক্তিসঙ্গত বিচারদ্বারা ইহাই প্রমাণিত হইতেছে যে (মনে কর আক্ষেপ রোগটি উল্লিখিত কারণে উৎপন্ন হইয়াছে) রক্তমোক্ষণ করিবামাত্রই শুভ ফল দর্শিবে এবং কোন কোন স্থলে রোগটি আর বৃদ্ধি না পাইয়া সত্বর আরোগ্য হইবে। কিন্তু অন্যান্য অবস্থা সমান থাকিলেও রক্তচাপ শীঘ্রই পূর্ব্বাবস্থা প্রাপ্ত হয়। রক্তের স্বাভাবিক গুণ ইহাদ্বারা অনেক বিকৃত হইয়া যায় তজ্জন্য রোগের বিপদাশঙ্কা অধিক বর্দ্ধিত হয়।" এই সকল মত অনুধাবন করিলে এই চিকিৎসা-পদ্ধতি সম্বন্ধে কেন সম্পূর্ণ বিভিন্ন মত প্রচলিত আছে তাহা বুঝা যায়। কেহ কেহ এই পদ্ধতির বিশেষ পক্ষপাতী আবার অনেকে ইহার অযথা প্রচারের বিরোধী। পূর্ব্বে যে প্রকার কালাকাল বিচার না করিয়া রক্তমোক্ষণ করা হইত তাহা এক্ষণে পরিত্যক্ত হওয়ায় মৃত্যু সংখ্যাও অনেক কম হইয়াছে। কোন ঔষধ অতিরিক্ত ব্যবহারে অনিষ্ট হয় বলিয়াই যে উহা আদৌ ব্যবহার করিতে নাই এমত নহে। ডাক্তার প্লেফেয়ার্ কহেন যে উপযোগী স্থলে বিবেচনা মত অনুষ্ঠিত হইলে রক্তমোক্ষণদ্বারা আক্ষেপ রোগে মহোপকার করা যাইতে পারে। বিশেষতঃ রোগাক্রমণের আতিশয্যের শমতা করিতে পারা যায় বলিয়াই রক্তমোক্ষণের আদর। কারণ রোগ উপশম করিয়া অন্যান্য ঔষধের ক্রিয়া প্রকাশের সময় পাওয়া যায়। উপযোগী স্থলে নির্ব্বাচিত করিতে বিশেষ সাবধান হওয়া আবশ্যক। যেখানে মস্তিষ্ক মধ্যে সমধিক রক্তসঞ্চয় থাকে, রক্তবাহীমণ্ডলে রক্তচাপের আধিক্য থাকে—যথা মুখ নীলবর্ণ, নাড়ী মোটা ও জলৌকাগতিবিশিষ্ট এবং ক্যারটিড্ ধমনীর প্রবলে স্পন্দন দেখা যায় সেইখানেই ইহা বিশেষ উপকারী। রোগীর সাধারণ স্বাস্থ্য অনুসারেও করা যাইতে পারে। রোগী সবল ও সুস্থকায় দেখিলে ইহা অনুষ্ঠান করা যাইতে পারে সেইরূপ রোগী দুর্ব্বল ও কৃশ হইলে ইহা না করাই কর্ত্তব্য। যাহাহউক এই পদ্ধতিটি একটি ক্ষণস্থায়ী উপায় মাত্র স্মরণ রাখা আবশ্যক। মস্তিষ্কের উপকরণ আসন্ন বিপদ হইতে রক্ষা করিতে পারাই

উপযোগী স্থলে রীতি-মত নির্ব্বাচিত করিলে রক্তমোক্ষণ দ্বারা মহ-দুপকার হয়।

ইহার উদ্দেশ্য। কিন্তু ইহাকে চিকিৎসার প্রধান অঙ্গ কখনই জ্ঞান করিতে নাই। আবার বারবার রক্তমোক্ষণ করা কোন ক্রমেই উচিত নহে। একবার মাত্র অনুষ্ঠান করিলে এবং রক্ত নিঃসারণের পরিমাণ ইহার ফলের উপর নির্ভর করিলে ইহাদ্বারা উপকার হইবার আশা করা যায়।

ক্যারটিড্ ধমনী চাপন।

অবসর পাইবার আশায় আর এক উপায়ে ক্ষণিক উপকার করিতে পারা যায়। রোগাক্রমণ অবস্থায় ক্যারটিড্ ধমনীতে চাপ দিবার উপায়টি আরও অধিক পরীক্ষা করিয়া দেখা কর্ত্তব্য। শিশুদিগের আক্ষেপ নিবারণের জন্য টসো সাহেব ইহা প্রথমে প্রস্তাব করেন। প্লেফেয়ার সাহেব সূতিকাক্ষেপ রোগের কেবল একটি স্থলে ইহা অবলম্বন করিয়া সমধিক উপকার প্রাপ্ত হইয়াছিলেন। এই উপায়টি অত্যন্ত সহজ এবং শিরা হইতে রক্তমোক্ষণ করার ন্যায় ইহাতে রক্ত বিগুণ হয় না।

ধমনীমণ্ডলী হইতে রক্তচাপের হ্রাস করিবার জন্য তীব্র বিরেচন করা বাঞ্ছনীয়। ইহাদ্বারা আর এক উপকার এই হয় যে অন্ত্রমধ্যে কোন দূষিত পদার্থ থাকিলে তাহাও দূরীভূত হয়। রোগীর চৈতন্য থাকিলে পূর্ণমাত্রায় কম্পাউণ্ড্ জ্যালাপ্ পাউডার অথবা উহা কয়েক গ্রেণ্ ক্যালোমেল্ সংযুক্ত করিয়া দেওয়া যাইতে পারে। সংজ্ঞা না থাকিলে এবং গিলিতে অক্ষম হইলে একবিন্দু ক্রোটন্ অইল্ অথবা $\frac{1}{8}$ গ্রেণ্ ইলেটিরিয়াম্ জিহ্বার নিম্নে লাগাইয়া দিতে হয়।

অবসাদক ও মাদক ঔষধি প্রয়োগ।

অবসাদক ঔষধিদ্বারা আক্ষেপিক সঙ্কোচ নিবারণ করাই চিকিৎসার মুখ্য উদ্দেশ্য। সকল অবসাদক ঔষধির মধ্যে ক্লোরোফর্ম্‌কে শীর্ষস্থানীয় করা কর্ত্তব্য। এই ঔষধি রোগের সকল অবস্থাতেই প্রযুজ্য। রোগীর সংজ্ঞা থাক আর নাই থাক ক্লোরোফর্মের আঘ্রাণদ্বারা বিশেষ উপকার হইতে দেখা যায়। ইহার বিরুদ্ধে কেহ কেহ এই আপত্তি করেন যে ইহাদ্বারা মস্তিষ্কে রক্তসঞ্চয় অধিক হইবার সম্ভাবনা। কিন্তু ইহার কোন সন্তোষপ্রদ প্রমাণ দেখিতে পাওয়া যায় না। বরং ক্লোরোফর্ম্ আঘ্রাণদ্বারা ধমনীমণ্ডলীতে রক্ত চাপের হ্রাস হয় এবং যে ভয়ঙ্কর আক্ষেপিক পেশীসঙ্কোচদ্বারা রক্তসঞ্চয়ের আধিক্য হয় তাহা অনেক শমিত হয়, এমন ভূরি ভূরি প্রমাণ পাওয়া যায়। যিনিই ইহা ব্যবহার করিয়াছেন ডা, হাক্কে

অবশ্যই মুক্তকণ্ঠে স্বীকার করিতে হইবে যে ইহাদ্বারা আক্ষেপিক সঙ্কোচের বল ও পৌনঃপুনিকতার হ্রাস হয়। শারপেণ্টীয়ার তালিকা সংগ্রহ করিয়া এই বিষয়টি নিঃসন্দেহরূপে প্রমাণ করিয়াছেন। ক্লোরোফর্ম্ ব্যবহারের প্রণালী বিভিন্ন প্রকার আছে। কেহ কেহ ইহার অবিরাম ব্যবহার দ্বারা রোগীকে ন্যূনাধিক সংজ্ঞাবিহীন রাখেন। আবার অন্যান্য লোকে অবিরাম আঘ্রাণ করিতে না দিয়া আক্রমণের সূচনাতেই প্রয়োগ করেন এবং এই উপায়ে আক্রমণের প্রাবল্য খর্ব্ব করেন। এই শেষোক্ত প্রণালী ডাং প্লেফেয়ারের অনুমোদিত এবং তিনি ইহাতে বিশেষ উপকার পাইয়া থাকেন। কখন কখন ক্লোরোফর্ম্ আক্ষেপ নিবারণে পর্য্যাপ্ত না হইতে পারে এবং কোথাও কোথাও রোগীর নীলিমা অনুসারে ইহা প্রযুক্ত না হইতে পারে। যে ঔষধির ক্রিয়া কোন অনিষ্ট না করিয়া অবিরাম প্রকাশ পাইতে পারে এবং যাহা প্রয়োগ করিতে চিকিৎসক নিজে তত্ত্বাবধারণ না করিলেও চলিতে পারে এমন কোন ঔষধি ব্যবস্থা করিতে পারাই বাঞ্ছনীয়। আজকাল এই উদ্দেশে ক্লোর্যাল্ সেবন করান হইয়া থাকে। ডাক্তার প্লেফেয়ার্ বলেন যে ২০ গ্রেণ্ ক্লোর্যাল্ অর্দ্ধ ড্রাম্ ব্রোমাইড্ সংযুক্ত করিয়া ৪।৬ ঘণ্টা অন্তর প্রয়োগ করিলে বিশেষ উপকার দর্শে। রোগী গিলিতে অক্ষম হইলে এনিমা পিচকারি দ্বারা ক্লোর্যাল্ প্রয়োগ করিলে অথবা হাইপোডার্মিক্ পিচকারি দ্বারা ৬ গ্রেণ্ ক্লোর্যাল্ ১ ড্রাম্ জলে গুলিয়া ত্বক্ ভেদ করিয়া প্রয়োগ করিলে অধিক ফল পাওয়া যায়। শিশুদিগের আক্ষেপ (তড়্কা) প্রশমন করিতে ব্রোমাইড্ অত্যন্ত উপযোগী বলিয়া সূতিকাক্ষেপ রোগেও উহা ব্যবহৃত হয়। ফর্ডাইস্ বার্কার সাহেব ক্লোর্যাল্ ব্যবহারের বিরোধী। তিনি বলেন যে ইহাদ্বারা রিফ্লেক্স্ ইরিটাবিলিটী (প্রত্যাবর্ত্তিত উদ্রেকশীলতা) না কমিয়া বরং বৃদ্ধি প্রাপ্ত হয়।

ক্লোরোফর্ম্ ব্যবহারের প্রণালী।

ক্লোর্যাল ও ব্রোমাইড্ অফ্ পোটাসীয়াম্।

অনেকে এই রোগে ত্বক্ ভেদ করিয়া মর্ফিয়া প্রয়োগ করিতে পরামর্শ দেন। ইহার বিরুদ্ধে আপত্তি থাকিলেও ইহাদ্বারা এই উপকার হয় যে রোগী গিলিতে একেবারে অক্ষম হইলেও ইহা প্রয়োগ করিয়া ফল পাওয়া যায়। ⅙ গ্রেণ্ মাত্রায় কয়েক

ত্বক্ ভেদ করিয়া মর্ফিয়া প্রয়োগ।

ঘণ্টা অন্তর ইহা প্রয়োগ করিয়া রোগীকে নেশায় রাখিতে হয়। এই রোগে আক্ষেপিক সঙ্কোচ নিবারণ করাই সকল চিকিৎসার মুখ্য উদ্দেশ্য সুতরাং যাহাতে নেশা অবিরত থাকে তাহা করা কর্ত্তব্য। এই তাৎপর্য্য অনুযায়ী কার্য্য করিতে হইলে ক্লোরোফর্মের সবিরাম ক্রিয়ার সহিত অন্যান্য ঔষধির অবিরাম ক্রিয়া সংযুক্ত করায় ইষ্ট লাভ হয়। নাইট্রাইট্ অফ্ এমাইল্এর আঘ্রাণ করাইতে কেহ কেহ পরামর্শ দেন কিন্তু ডাং প্লেফেয়ার্ ইহা কখন ব্যবহার করেন নাই সুতরাং মতামত প্রকাশ করিতে চাহেন না। পাইলোকার্পিন্ দ্বারা ঘর্ম্ম ও লালাস্রাব হয় বলিয়া রক্তচাপ লাঘব ও রক্ত হইতে দূষ্য পদার্থ বিদূরিত করিবার উদ্দেশে কেহ কেহ আজকাল ইহা ব্যবহার করেন। ব্রণ্ সাহেব ও সেণ্টিগ্রাম্ মিউরীয়েট্ অফ্ পাইলোকার্পিন্ ত্বক্ভেদ করিয়া প্রয়োগ কবায় উপকার পাইয়াছেন বলেন। ফর্দাইস্ বার্কার্ ইহার বিরুদ্ধে বলেন যে ইহাদ্বারা ভয়ানক অবসাদ হয় সুতরাং ইহা ব্যবহার করা বিপদজনক।

এই সকল ঔষধির তাৎপর্য্য।

কেহ কেহ এসিটিক্ কি বেন্জোয়িক্ এসিড্ সেবন করাইয়া ইউরীমিয়া বিষদোষ নষ্ট করাইতে পরামর্শ দেন কিন্তু ইহাদের কার্য্য অনিশ্চিত।

অন্যান্য ঔষধি।

রোগাক্রমণ কালে যাহাতে রোগী আহত না হয় বিশেষতঃ তাহার জিহ্বা দন্ত সংঘটন দ্বারা ক্ষতবিক্ষত না হয় তাহা করা কর্ত্তব্য। জিহ্বা রক্ষা করিবার জন্য দন্ত মধ্যে চামচের বাঁট্ ফ্লানেল্ কি অন্য বস্ত্রদ্বারা উত্তমরূপে আচ্ছাদিত করিয়া প্রবেশ করাইয়া দিতে হয়।

আক্রমণকালে সতর্কতা।

এই রোগে গর্ভ নির্ব্বাহ যেরূপে করিতে হইবে তাহা লইয়া অনেক মত ভেদ আছে। রোগ হইবামাত্র কেহ কেহ প্রসব করাইতে বলেন। আবার গুশ্ বলেন যে আক্ষেপের চিকিৎসা করিয়া গর্ভ সম্বন্ধে কোন প্রকার হস্তক্ষেপ না করাই ভাল। শ্রোডার্ বলেন যে প্রসূতির নিরাপদের জন্য ব্যস্ত হইবার আবশ্যক নাই তবে সন্তানকে রক্ষা করিবার জন্য যাহাতে শীঘ্র প্রসব হয় এরূপ করা কর্ত্তব্য।

গর্ভ নির্ব্বাহ।

এই বিষয়ে ডাক্তার টাইলার্ স্মিথের মত সর্ব্বাপেক্ষা গ্রাহ্য। তিনি বলেন যে যদি ভ্রূণের জরায়ুমধ্যে অবস্থিতি নিবন্ধন রোগের বৃদ্ধি হইতেছে স্থির

সিশ্চয় হয় তাহা হইলে জ্রূণের মস্তক নিম্নভাগে থাকা বোধ করিবামাত্র ফর্সেপ্‌স্‌ বা ক্রেনিয়টমি দ্বারা প্রসব করান কর্ত্তব্য। প্রসবে বলপ্রয়োগদ্বারা রোগের বৃদ্ধি হইবার সম্ভাবনা থাকিলে উহা কদাচ কর্ত্তব্য নহে। কারণ সামান্য উত্তেজনায় তৎকালে রোগের বৃদ্ধি হইয়া থাকে। কখন কখন আপনা হইতেও প্রসব হয়। জরায়ুমুখ উম্মুক্ত না থাকিলে এবং প্রসববেদনা না আসিলে ব্যস্ত হইয়া উহা সাধন করিবার আবশ্যক নাই। কিন্তু ঝিল্লী বিদীর্ণ করিতে আপত্তি নাই কারণ উহাতে অপকার না হইয়া উপকারের সম্ভাবনা। বলপূর্ব্বক জরায়ুমুখ উম্মুক্ত করা কিম্বা বিবর্ত্তন করিবার চেষ্টা করা কখনই কোনক্রমে কর্ত্তব্য নহে।

চতুর্থ পরিচ্ছেদ।

সুতিকোন্মাদ।

গর্ভকালে কি প্রসবের পর যে কোন প্রকার মানসিক পীড়া হউক না কেন তাহা ধাত্রীবিদ্যাবিষয়ক পুস্তকে সুতিকোন্মাদ নামে অভিহিত হইত। ইহার ফল নিতান্ত মন্দ হইয়াছে কারণ মানসিক পীড়ার বিবিধ শ্রেণী সম্বন্ধে কেহ মনোযোগ না দিয়া কেবল সুতিকোন্মাদ লইয়াই ব্যস্ত থাকিতেন। পূর্ব্ব পূর্ব্ব গ্রন্থকারগণ সুতিকোন্মাদকে "প্যুয়ার্‌ পারাল্‌ মেনীয়া" সংজ্ঞা দিতেন, কিন্তু ইহা ভ্রম। কারণ অনেক স্থলে স্পষ্ট মেনীয়ার লক্ষণ কিছুই দেখা যায় না বরং মেল্যাঙ্কোলিয়া বা বিমর্ষভাবই অধিক দেখা যায়। আবার অনেক স্থলে এই ভাব সুতিকাবস্থায় না ঘটিয়া গর্ভকালে নতুবা প্রসবের বহুকাল পরে অধিক দুগ্ধক্ষরণ হওয়ায় রক্তাল্পতা জন্য ঘটিয়া থাকে। সুতরাং এই রোগকে প্যুয়ার্‌ পারাল্‌ মেনীয়া সংজ্ঞা দেওয়া কোন মতেই যুক্তিসিদ্ধ নহে। গর্ভাবস্থায় যে কোন প্রকার মানসিক পীড়া হউক না কেন তাহাকে ইংরাজিতে প্যুয়ার্‌ পারাল্‌ ইনস্যানিটি

শ্রেণী বিভাগ।

প্যুয়ার পারাল্‌ ইন্‌-

ম্যানিটি তিন শ্রেণীতে সংজ্ঞা দেওয়া কর্ত্তব্য। প্যুয়ার্‌ পারাল্‌ ইন্‌স্যানিটি বা

বিভক্ত।

সূতিকোন্মাদ তিন শ্রেণীতে বিভাগ করা যাইতে পারে যথাঃ—

১। গর্ভাবস্থায় উন্মত্ততা।

২। প্রকৃত সূতিকোন্মাদ অর্থাৎ যাহা প্রসবের পর নির্দ্ধারিত সময়ে উপস্থিত হয়।

৩। দুগ্ধক্ষরণকালে উন্মত্ততা।

এইরূপ বিভাগ করাই যুক্তিসিদ্ধ। ইহাতে সকল প্রকার উন্মত্ততাই অন্তর্ভুক্ত হয়। উক্ত তিন শ্রেণীর প্রত্যেকের সংখ্যা কত হয় তাহা বহুসংখ্যক রোগের তালিকা না দেখিলে নিশ্চয় করা যায় না। কিন্তু এরূপ তালিকা আমরা অদ্যাপি দেখি নাই। বড় বড় বাতুলালয় হইতে যেসকল তালিকা প্রতিবৎসর বাহির হয় তাহাদের উপর সম্পূর্ণ নির্ভর করা যায় না কারণ বাতুলালয়ে কেবল কঠিন ও দুঃসাধ্য রোগীই গিয়া থাকে কিন্তু অধিকাংশ রোগীই নিজ গৃহে থাকিয়া চিকিৎসিত হয়।

তিন শ্রেণীর রোগ সংখ্যা।

যেসকল তালিকা মোটামুটি ঠিক, তন্মধ্যে ডাং ব্যাটি টিউকের তালিকা দেখিলে জানা যায় যে এডিন্‌বারা নগরের বাতুলালয়ে ১৫৫ জন উন্মাদগ্রস্থ রোগীর মধ্যে ২৮টির রোগ প্রসবের পূর্ব্বে, ৭৩ টির প্রসবের পর নির্দ্দিষ্ট সময় মধ্যে, এবং ৫৪ টির দুগ্ধক্ষরণ অবস্থায় ঘটিয়াছিল। এই তিন শ্রেণীর প্রত্যেকের শতকরা সংখ্যা এইরূপ :—

গর্ভাবস্থায় উন্মত্ততা	১৮.০৫	শতকরা।
সূতিকোন্মাদ	৪৭.০৯	ঐ
দুগ্ধক্ষরণ অবস্থায় উন্মত্ততা	৩৪.৮৩	ঐ

মার্সী সাহেব নানাবিধ গ্রন্থ হইতে কতকগুলি রোগসংখ্যা সংগ্রহ করিয়াছেন ইহার সমষ্টি ৩১০। পূর্ব্বের তালিকার সহিত ইহাঁর তালিকা প্রায় একরূপ তবে এই তালিকায় প্রসবের পূর্ব্বে যেসকল রোগ সংগ্রহ আছে তাহা অপেক্ষাকৃত অল্প। মার্সী সাহেবের তালিকায় শতকরা সংখ্যা এইরূপ :—

গর্ভাবস্থায় উন্মত্ততা	৮.০৬	শতকরা।
সূতিকোন্মাদ	৫৮.০৬	ঐ
দুগ্ধক্ষরণ অবস্থায় উন্মত্ততা	৩০.৩০	ঐ

এই তিন শ্রেণীর প্রত্যেকের লক্ষণ অনেকাংশে বিভিন্ন বলিয়া ইহাদের এক একটি পৃথক্‌রূপে বর্ণনা করা যাইবে।

গর্ভাবস্থায় উন্মত্ততা। তিন শ্রেণীর উন্মত্ততার মধ্যে গর্ভাবস্থায় উন্মত্ততা অতি অল্পসংখ্যক স্থলেই ঘটিতে দেখা যায়। গর্ভ হইলে অনেক স্ত্রীলোকেরই ভয়ানক মানসিক অবসাদ ঘটিয়া থাকে। ইহারা স্বীয় অবস্থায় অত্যন্ত বিরক্তি প্রকাশ করে এবং কিরূপে প্রসব হইবে এই ভাবনায় অত্যন্ত আকুল হয়। কিন্তু মনের এরূপ অবস্থাকে যথার্থ বাতুলতা বলা যায় না। সময়ে সময়ে কোন স্ত্রীলোককে এই সময়ে যথার্থ ক্ষিপ্তা হইতে দেখা যায়। গর্ভাবস্থায় যত সংখ্যক স্ত্রীলোকের মানসিক বিকার উপস্থিত হয় তন্মধ্যে অধিকাংশেরই মেলাঙ্কোলিয়া বা বিমর্ষ ভাবই হইয়া থাকে।

টিউক্ সাহেব যে ২৮ টি ঘটনার কথা উল্লেখ করিয়াছেন তন্মধ্যে ১৫ টির কেবল উদাস ভাবই হইয়াছিল এবং ৫টির ডিমেন্সিয়ার সহিত মেলাঙ্কোলিয়া অর্থাৎ উন্মনাভাবের সহিত উদাসভাব হইয়াছিল। গর্ভকালে সচরাচর হাইপো কণ্ড্রিয়াসিস্ (অর্থাৎ অলীক রোগকল্পনা) হইয়া থাকে এবং ইহা হইতে পুর্ব্বোক্ত প্রকার মনের ভাব ক্রমশঃ উৎপন্ন হয়। কাহার কাহার গর্ভের তরুণা-বস্থায় কোন প্রকার অবসাদ লক্ষণ থাকে না। কিন্তু যতই পুর্ণকালের দিকে অগ্রসর হয় ততই উক্ত লক্ষণসকল প্রকাশ পাইয়া থাকে।

প্রবর্ত্তক কারণ। গর্ভিণীর বয়ঃক্রমের উপর অনেক নির্ভর করে কারণ ৩০।৪০ বৎসর বয়স্কা-দিগের মধ্যেই উন্মত্ততা অপেক্ষাকৃত অধিক ঘটে। আবার যাহারা ঐ বয়সে প্রথমবারমাত্র গর্ভিণী হয় তাহাদের মধ্যেই অনেককে উন্মাদগ্রস্ত হইতে দেখা যায়। ইহার কারণ বোধ হয় এই যে ঐ সকল স্ত্রী লোকে অধিক বয়সে গর্ভিণী হওয়া মহা বিপদ মনে করে এবং কিরূপে প্রসব হইবে এই ভাবনায় আকুল হইয়া পড়ে। বংশগত দোষ থাকিলে সকল প্রকার সূতিকোন্মাদ কিছু অধিক ঘটে। কিন্তু বংশগত দোষ আছে কিনা নির্ণয় করা বড় কঠিন কারণ রুগ্ন ব্যক্তির স্বজন বান্ধবেরা সচরাচর এই বিষয়টি চিকিৎসকের নিকটে গোপন করে। টিউক্ সাহেব উক্ত ২৮টি ঘটনার মধ্যে ১২ জনের বংশগত দোষ পাইয়াছিলেন। ফার্স্‌নার্‌ বলেন যে অন্যান্য বায়ু রোগ হইতেও উন্মত্ততা উপস্থিত হইতে পারে। তিনি ৩২টি ঘটনার মধ্যে

৯ জনের বংশগত দোষ পাইয়াছিলেন কিন্তু ১১ জনের বংশের ইতিবৃত্ত মধ্যে মৃগী, পানদোষ ও হিষ্টিরিয়া পাইয়াছিলেন।

গর্ভের যে অবস্থায় উন্মত্ততা ঘটে।

গর্ভের যে অবস্থায় মানসিক বিকার ঘটে তাহা বিভিন্ন স্থলে বিভিন্ন প্রকার হয়। সচরাচর গর্ভের তৃতীয় মাসের শেষে অথবা চতুর্থ মাসের প্রারম্ভে ঘটিয়া থাকে। কোন কোন স্থলে গর্ভ সঞ্চার হইতেই উন্মত্ততার লক্ষণ দেখা যায় এবং প্রতি গর্ভকালেই ঐ সকল লক্ষণ উপস্থিত হয়। মণ্ট্গমারী একটি ঘটনার কথা উল্লেখ করেন ইহার তিনবার গর্ভকালেই উন্মাদ লক্ষণ দেখা যায়। মার্সী বলেন যে প্রকৃত বাতুলতার লক্ষণ হইতে বর্দ্ধিত হাইপোকণ্ড্রিয়াসিস্এর (অলীক রোগ কল্পনার) লক্ষণ প্রভেদ করিবার উপায় এই যে এই শেষোক্ত রোগ প্রায় গর্ভের তৃতীয় মাসে অনেক কমিয়া যায় কিন্তু প্রকৃত বাতুলতা এই মাসেই আরম্ভ হয়। যাহা হউক অনেকস্থলে এরূপ প্রভেদ করিতে পারা যায় না এবং এই দুই পীড়া পরস্পর বিভিন্ন থাকে।

বাতুলতার প্রকার ভেদ।

গর্ভাবস্থায় বাতুলতার যে লক্ষণ দেখা যায় তাহা সাধারণ বাতুলতার লক্ষণ হইতে বিশেষ বিভিন্ন নহে। আত্মঘাতিনী হইবার প্রবৃত্তি অত্যন্ত প্রবল হয়। প্রসবের পরেও উন্মত্ততার লক্ষণ থাকিলে প্রসূতি স্বীয় সন্তানকে মারিয়া ফেলিতে প্রয়াস পায়। কখন কখন নীতিবিরুদ্ধ কর্ম্মও করিতে দেখা যায়। টিউক্ বলেন প্রসবের তরুণাবস্থায় কাহারও কাহারও মদ্যপানের ইচ্ছা অত্যন্ত বলবতী হয়। যে সকল স্ত্রীলোক কখনও অধিক মদ্যপান করে নাই তাহারাও এই রোগে অধিক পানেচ্ছা প্রকাশ করে। টিউকের মতে এই সকল দুষ্প্রবৃত্তি গর্ভকালের স্বাভাবিক কদর্য্যরুচির ফল অর্থাৎ গর্ভকালে সকল গর্ভিণীরই কদর্য্য দ্রব্য ভক্ষণ করিতে রুচি হয়। এই রুচি উক্ত রোগে অধিক কদর্য্য হইয়া পানেচ্ছা প্রভৃতি উৎপন্ন করে। এইরূপে গর্ভকালে অনেকেরই মন উচাটন হয়। এই ভাবটি অধিক বৃদ্ধি পাইলে মেলাঙ্কোলিয়া উপস্থিত হইয়া থাকে। লেকক্ সাহেব বলেন যে চৌর্য্য-প্রবৃত্তি এই রোগের প্রধান লক্ষণ। ক্যাস্পার সাহেব বলেন যে কোন সম্ভ্রান্ত ও ধনাঢ্য লোকের স্ত্রী গর্ভাবস্থায় সামান্য দ্রব্য অপহরণ করিবার লোভ সম্বরণ করিতে পারিত না বলিয়া একবার রাজদ্বারে নীতা হয়। কিন্তু এই প্রবৃত্তি

কাহার কাহার পক্ষে অনিবার্য্য হইয়া উঠে ইহা বিচারকগণকে বুঝাইয়া দেওয়ায় তাহাকে মার্জ্জনা করা হইয়াছিল।

ভাবীফল। গর্ভাবস্থায় যে বাতুলতা হয় তাহার ভাবীফল অশুভ নহে। ডাং টিউকের বিবৃত ২৮ টি ঘটনার মধ্যে ১৯টি ছয় মাসের মধ্যে আরোগ্যলাভ করিয়াছিল। গর্ভাবস্থায় বাতুলতা প্রসব না হইলে প্রায় আরোগ্য হয় না। মার্সী সাহেব যে ১৯টি ঘটনার বিষয় উল্লেখ করিয়াছেন তন্মধ্যে কেবল ২ জন প্রসবের পূর্ব্বে আরোগ্য লাভ করিয়াছিল।

প্রসবকালে ক্ষণস্থায়ী উন্মত্ততা। প্রসবের সময় কাহার কাহার একপ্রকার মানসিক বিকার দেখিতে পাওয়া যায় ইহাকে কেহ কেহ ক্ষণস্থায়ী উন্মত্ততা বলেন। প্রসবের শেষ অবস্থায় প্রসববেদনার ভয়ঙ্কর যন্ত্রণা জন্য মস্তিষ্কে সমধিক রক্তসঞ্চিত হওয়ায় উক্ত প্রকার মানসিক বিকার উপস্থিত হয়। মর্টগমারী সাহেব বলেন যে যখন ভ্রূণমস্তক জরায়ুমুখ দিয়া নির্গত হয় তখন অথবা যখন ভ্রূণদেহ নির্গত হয় তখনই ঐ প্রকার মানসিক বিকার হইতে দেখা যায়। এই অবস্থায় প্রসূতি নিজ মনকে আয়ত্তাধীন রাখিতে পারে না এবং বিশেষ সাবধান না থাকিলে তখন প্রসূতি নিজের অথবা সন্তানের ঘোর অনিষ্ট করিতে পারে। কখন কখন এই অবস্থায় প্রসূতি অলীক দৃশ্য দেখিয়া থাকে। টার্ণিয়ার্ একজন প্রসূতির কথা উল্লেখ করিয়াছেন। এই প্রসূতি প্রত্যহ তাহার শয্যার পার্শ্বে একজন মনুষ্য দাঁড়াইয়া আছে এইরূপ দেখিত এবং ঐ লোককে তাড়াইবার জন্য প্রাণপণে চেষ্টা করিত। এইরূপ মানসিক বিকার অতি ক্ষণস্থায়ী এবং প্রসব হইয়া গেলেই আরোগ্য হইয়া যায়। কেহ কেহ বলেন যে এইরূপ ক্ষণস্থায়ী মত্ততা বশতঃ প্রসূতি স্বীয় সন্তানের প্রাণনাশ করিয়া থাকে। সুতরাং এই অবস্থায় প্রসূতি নিজ অনুষ্ঠিত কর্ম্মের জন্য দায়ী নহে। এই বিষয়টি স্মরণ রাখা উচিত কারণ প্রসববেদনার এই সম্বন্ধে মধ্যে মধ্যে রাজদ্বারে সাক্ষ্য দিতে হয়। এই প্রকার মানসিক বিকার যন্ত্রণা হইতে উৎপন্ন হয় বলিয়া চিকিৎসা করিতে হইলে যাহাতে যন্ত্রণার লাঘব হয় তাহাই করা কর্ত্তব্য। এই সকল অবস্থায় ক্লোরোফর্ম্ মহোপকারী।

প্রকৃত সূতিকোন্মাদ। ধাত্রীবিদ্যা সম্বন্ধীয় গ্রন্থকর্ত্তাগণ বহুকালাবধি প্রকৃত সূতিকোন্মাদের বিষয় লিখিয়া আসিতেছেন। কিন্তু সূতিকাবস্থায় অন্যান্য প্রকার

মানসিক বিকার যাহা উপস্থিত হয় তদ্‌সম্বন্ধে কোন কথারই উল্লেখ করেন নাই। প্রসবের পর নির্দ্ধারিত সময়ে যে উন্মত্ততা উপস্থিত হয় এবং যাহা প্রসবের সহিত ঘনিষ্ঠ সম্বন্ধযুক্ত তাহাকেই সূতিকোন্মাদ বলে। ডাক্তার টিউক্ সাহেব যে ৭৩ টি সূতিকোন্মাদগ্রস্ত রোগীর বিষয় উল্লেখ করিয়াছেন তন্মধ্যে কেবল ২ জন প্রসবের ১ মাস পর উন্মত্ত হইয়াছিল কিন্তু এই দুই স্থলে অন্য কারণও বর্ত্তমান ছিল বলিয়া ইহাদিগকে প্রকৃত সূতিকোন্মাদগ্রস্ত বলা যায় না।

উন্মত্ততার প্রকার।

অধিকাংশ রোগীকে যদিও তীব্র উন্মাদগ্রস্ত হইতে দেখা যায় তথাপি সকলেরই যে এই রোগ হয় এরূপ নহে। অনেকের স্পষ্ট মেল্যাঙ্কোলিয়ার লক্ষণ দেখিতে পাওয়া যায়। প্রকৃত উন্মাদ ও মেল্যাঙ্কো-লিয়া উভয়ের প্রভেদ সম্বন্ধে বহুকাল পূর্ব্বে গৃশ্ সাহেব উত্তমরূপে বর্ণনা করিয়া গিয়াছেন। তাঁহার প্রণীত পুস্তকে সূতিকোন্মাদের লক্ষণ ও বিবরণ এরূপ সুন্দররূপে বর্ণিত হইয়াছে যে সেরূপ বর্ণনা অতি অল্প পুস্তকে পাওয়া যায়। এই দুই প্রকার উন্মত্ততা প্রসবের পর বিভিন্ন সময়ে উপস্থিত হয় এবং ইহাদের কারণও বিভিন্ন সুতরাং এই দুই পীড়া সম্পূর্ণ বিভিন্ন বলিতে হইবে। তীব্র উন্মাদ প্রসবের অতি অল্প কাল পরেই হয় কিন্তু মেল্যাঙ্কোলিয়া অনেক পরে ঘটে। টিউক্ সাহেব যে কয়েকটি তীব্র উন্মাদের ঘটনা উল্লেখ করিয়াছেন তাহার সকল গুলিই প্রসবের ১৬ দিন পরে ঘটে এবং মেল্যাঙ্কো-লিয়ার যত গুলি ঘটনা হইয়াছিল তাহার সকল গুলিই ইহা অপেক্ষা বিলম্বে ঘটে। উন্মাদের কারণ সম্বন্ধে যেসকল মত প্রকাশিত হইয়াছে তন্মধ্যে রক্তদোষ একটি আধুনিক মত। ইহা পরে বলা যাইবে। এই মত ভবিষ্যৎ অনুসন্ধান দ্বারা সত্য প্রমাণ হইলে তীব্র উন্মাদ যে রক্তের সহিত পচনশীল পদার্থের সংযোগে উৎপন্ন হয় তাহা অসম্ভব হইবে না কারণ প্রসবের পর অল্পকাল মধ্যে রক্তের সহিত পচনশীল দ্রব্য সম্মিলিত হওয়া সম্ভব। কিন্তু যে সকল সাধারণ কারণ হইতে মানসিক রোগ উৎপন্ন হয় তদ্রূপ কারণে মেল্যাঙ্কোলিয়া ও উৎপন্ন হয়। যাহাহউক এই দুই মত সত্য কি না তাহা ভবিষ্যৎ অনুসন্ধা-নের উপর নির্ভর করে।

তীব্র উন্মাদ প্রসবের অতি অল্প পরে এবং মেল্যাঙ্কোলিয়া অধিক পরে হইয়া থাকে।

এই প্রকার উন্মত্ততা প্রায়ই বংশ পরম্পরায় ঘটিতে দেখা যায়, সুতরাং

কারণ। প্রত্যেক রোগীর রোগের ইতিবৃত্ত সাবধান পূর্ব্বক অনুসন্ধান করিলে তাহার বংশের মধ্যে কাহার কাহারে মানসিক-বিকার রোগ ছিল কিম্বা আছে জানিতে পারা যায়। রীড্ সাহেব বলেন যে বেথ্লীহেম্ রোগী নিবাসে ১১১ জন রোগীর মধ্যে ৪৫ জনের বংশগত দোষ ছিল। টিউক্ সাহেবও ৭৩ টি ঘটার মধ্যে ২২ জনের বংশগত দোষ ধরিয়াছেন। এই সকল দেখিয়া শুনিয়া উন্মাদ চিকিৎসক মাত্রেই স্বীকার করেন যে বংশগত দোষ সূতিকাবস্থায় মানসিক-বিকার উপস্থিত করিবার প্রধান প্রবর্ত্তক কারণ। অনেকস্থলে কোন কারণবশতঃ দৌর্ব্বল্য ও শারীরিক অথবা মানসিক অবসাদ হইবার পর উন্মত্ততা উপস্থিত হইতে দেখা গিয়াছে। যে সকল স্ত্রীলোক প্রসবের পর অত্যন্ত অধিক রক্তস্রাব দ্বারা দুর্ব্বল হইয়া পড়িয়াছে অথবা সমধিক যন্ত্রণাদায়ক ও দীর্ঘস্থায়ী প্রসববেদনায় কাতর ও অবসন্ন হইয়া পড়িয়াছে, অথবা অধিক বার গর্ভ হওয়ায় দুর্ব্বল হইয়াছে, কিম্বা গর্ভের তরুণাবস্থায় পূর্ব্বজাত সন্তানকে স্তনপান করাইয়া ক্ষীণ হইয়াছে তাহারাই প্রায় উন্মাদগ্রস্ত হইতে দেখা যায়। এই রোগে সমধিক রক্তাল্পতার লক্ষণ স্পষ্ট লক্ষিত হয়। রোগীর মানসিক অবস্থার উপর এই রোগ কতক নির্ভর করে। গর্ভাবস্থায় অত্যন্ত ভীতিসঞ্চারপ্রযুক্ত প্রসবের পূর্ব্বে উন্মত্ততা উপস্থিত না হইলেও প্রসবের পর উপস্থিত হইতে পারে। অবিবাহিতা স্ত্রীলোকদিগের গর্ভ হইলে প্রকাশ হইবার কলঙ্ক ভয়ে ও লজ্জায় উন্মত্ততা উপস্থিত হইতে পারে। বিভিন্ন বাতুলালয় হইতে ২,২৮১ ঘটনা সংগ্রহ করিয়া তন্মধ্যে শতকরা ৬৪ জন স্ত্রীলোক অবিবাহিতা অবস্থায় গর্ভিণী হইয়া উন্মাদগ্রস্ত হইয়াছে জানা যায়। যাহাদিগের উন্মত্ততার প্রবর্ত্তক কারণ থাকে তাহাদিগের মনে অকস্মাৎ শোক বা হর্ষ উপস্থিত হইলে তাহারা উন্মত্ত হইয়া পড়ে। গশ্ সাহেব একজন স্ত্রীলোকের বিষয় উল্লেখ করেন। এই স্ত্রীলোকটির বাসস্থানের নিকট কোন গৃহদাহ হওয়ায় হঠাৎ তাহার অত্যন্ত ভয় হয় এবং সে ক্ষেপিয়া উঠে। ক্ষিপ্ত অবস্থায় সে কেবল আগুন ও আলোকের কথাই কহিত। টাইলার্ স্মিথ্ বলেন যে কোন স্ত্রীলোকের একজন আত্মীয়ের অকস্মাৎ মৃত্যু হওয়ায় সে ক্ষিপ্ত হইয়া উঠে। বয়ঃক্রমের উপর উন্মত্ততার কিঞ্চিৎ সম্বন্ধ দেখা যায়। যাহারা অধিক বয়সে প্রথমবার গর্ভিণী হয় তাহারা প্রায়ই ক্ষিপ্ত হইয়া থাকে।

প্রসবের অতি অল্পকালপরেই যে তীব্র উন্মাদ ঘটিতে দেখা যায়, কাহার কাহার মতে তাহা রক্তের সহিত পচনশীল দ্রব্যের সংযোগ দ্বারাই উৎপন্ন হইয়া থাকে। এই মতটি প্রথমে সার্ জেমস্ সিম্‌সন্ সাহেব প্রকাশ করেন। তিনি চারিটি রোগীর মূত্রে এল্‌ব্যুমেন্ পাইয়াছিলেন। সুতরাং তাঁহার মতে মূত্রের কোন কোন উপাদান রক্তে থাকিয়া যায় বলিয়া যেরূপ সূতিকাক্ষেপ রোগ হয় সেইরূপ সূতিকোন্মাদও হইতে পারে। ডাং ডনকিন্ কিছুদিন পর একটি সুন্দর প্রবন্ধে সিম্‌সনের মত অনুমোদন করেন। তিনি বলেন যে সূতিকাবস্থায় যে সকল বিপদজনক তীব্র উন্মাদ ঘটিতে দেখা যায় তাহা ইউরিমিয়া অর্থাৎ ইউরিয়া প্রভৃতিদ্বারা রক্ত বিষাক্ত হইয়াই উৎপন্ন হয়, এবং উন্মত্ততা ও নাড়ীর দ্রুতবেগ প্রভৃতি তাহার লক্ষণমাত্র। এই জন্য তীব্র উন্মাদকে "ইউরীমিক্ বা রক্তকীয় সূতিকোন্মাদ" বলা উচিত। তাহা হইলে ইহাকে অন্য প্রকারের মানসিক-বিকার হইতে সহজে পৃথক্ করা যায়। তিনি আরও বলেন যে ইউরিয়া বিশ্লিষ্ট হইয়া কার্বনেট্ অফ্ এমোনিয়ায় পরিণত হয় এবং ইহাই রক্তবিষাক্ততার নিমিত্ত কারণ। এই মতটি সত্য হইলে সূতিকাক্ষেপ ও সূতিকোন্মাদের নিদান একই প্রকার। রক্তের সহিত পচনশীল দ্রব্যের সম্মিলনে যেসকল রোগের উৎপত্তি হয় প্রসবের পর অনতিবিলম্বেই সেই সকল রোগ হওয়া নিতান্ত সম্ভব। সুতরাং যাহাদের পূর্ব্ব হইতেই উন্মাদের প্রবর্ত্তক কারণ বর্ত্তমান থাকে তাহাদের এই অবস্থায় রক্তের সহিত দূষ্য পদার্থ চালিত হইয়া যে রোগ উপস্থিত করিবে তাহা বিচিত্র নহে। পূর্ব্বে বলা গিয়াছে যে প্রসবের অনতিবিলম্বে রোগ হইলে মেনিয়া বলা যায় এবং অধিক বিলম্বে হইলে মেল্যাঙ্কোলীয়া বলা যায়। এই দুইটি ভিন্ন ভিন্ন প্রকারের পীড়া। রক্তের সহিত কোন পচনশীল দ্রব্যের (বিশেষতঃ মূত্রের কোন উপাদানের) সংযোগ হওয়ায় এইপ্রকার বিভিন্ন রোগ উপস্থিত করে কি না তাহা আমাদের উপস্থিত জ্ঞানে নিশ্চয় করিতে পারি না। এইসম্বন্ধে অধিক গবেষণা করা অত্যন্ত কর্ত্তব্য।

কাহার কাহার মত এই যে রক্তদোষ উন্মত্ততার কারণ।

ডাক্তার ডনকিন্ সাহেব উপরে যে মত প্রকাশ করিয়াছেন তৎসম্বন্ধে গুটিকয়েক আপত্তি এস্থলে উল্লেখ করা যাইতেছে। প্রথমতঃ মূত্রে এল্‌ব্যুমেন্ অতি অল্পদিন পর্য্যন্ত থাকে কিন্তু ইহার ফল বহু-

এইমত সম্বন্ধে আপত্তি।

কালাবধি থাকিতে দেখা যায়। সার্ জেমস্ সিম্‌সন্ সাহেব যে কয়টি ঘটনার বিষয় উল্লেখ করিয়াছেন তন্মধ্যে সহজে সূতিকোন্মাদ হইবার ৫০ ঘন্টার মধ্যেই মূত্রে এল্‌ব্যুমেনের চিহ্নমাত্র ছিল না। মূত্র মধ্যে এল্‌ব্যুমেনের চিহ্ন এত শীঘ্র লোপ পায় বলিয়াই সূতিকোন্মাদ রোগের এই উপসর্গ অনেক উন্মাদ-চিকিৎসক জানিতে পারেন না। সিম্‌সন্ সাহেব বলেন "মূত্রের উপাদান (ইউরিয়া ও ইউরিকাম্ল) একবার মাত্র রক্তে সম্মিলিত হইলেই উহাকে দূষিত করিয়া ফেলে, সুতরাং রক্তের সহিত সংযোগ ক্ষণস্থায়ী হইলেও উন্মত্ততা উৎপাদন করে, এবং রোগ আপনা হইতেই বৃদ্ধি প্রাপ্ত হইয়া থাকে।" কিন্তু সিম্‌সন্ সাহেবের এই মতটি নিতান্ত কল্পনাপ্রসূত বলিয়াই বোধ হয়। সূতিকাক্ষেপ রোগে যত দিন পীড়া থাকে ততদিন মূত্রেও এল্‌ব্যুমেন্ পাওয়া যায়। এই উভয় পীড়াই যদি মূত্রের উপাদানদ্বারা রক্ত দূষিত হইয়া উৎপন্ন হয় তাহা হইলে কোন স্থলে আক্ষেপইবা কেন উপস্থিত হয় এবং কেনইবা অন্য কোথাও উন্মাদ উপস্থিত হয় তাহা বুঝা বড় কঠিন। আবার ক্ষণস্থায়ী এল্‌ব্যুমিনুর‍্যুরিয়া রোগ প্রসবের পর অনেকেরই হইতে দেখা যায়, কিন্তু ইহাদের সকলেরই কি উক্ত দুই পীড়ার কোন একটি হইয়াছে বলিতে হইবে? যাহাহউক এই সম্বন্ধে আরও অধিক জ্ঞান বৃদ্ধি হওয়া আবশ্যক। সুস্থ অবস্থার বিভিন্ন সময়ে মূত্রে এল্‌ব্যুমেন্ অল্পকালের জন্য দেখিতে পাওয়া যায়। স্নানের পর অল্পকালের জন্য মূত্রে এল্‌ব্যুমেন্ দেখা যায় অথচ ইহাতে কোন অনিষ্ট ঘটে না। এই সকল বিচার করিলে উন্মাদকালে মূত্রে এল্‌ব্যুমেন্ পাইলেই যে ঐ এল্‌ব্যুমেন্ পীড়ার কারণ তাহা বলা যুক্তিসঙ্গত নহে। মূত্রের উপাদান মিশ্রিত না হইয়াও রক্ত অন্য কারণ হইতে দূষিত হইতে পারে। ভবিষ্যতে এই বিষয়ে অধিক আলোচনা হইলে এই পীড়ার প্রকৃত কারণ নিশ্চয়ই বাহির হইবে।

ভাবী ফল। যাঁহারা সূতিকোন্মাদের চিকিৎসা করেন তাঁহাদের পক্ষে ইহার ভাবীফল জানা নিতান্ত কর্ত্তব্য। ইহার ভাবীফল সম্বন্ধে দুইটি বিষয় জানা উচিত। ১ম—ইহাদ্বারা প্রাণের আশঙ্কা আছে কিনা? ২য়—আরোগ্য হইলে মানসিক বৃত্তিসমূহ স্বাভাবিক অবস্থা প্রাপ্ত হইতে পারে কিনা? বহুকাল পূর্ব্বে গুশ্ সাহেব এই দুই প্রশ্নের যে উত্তর প্রদান করিয়াছিলেন আজকাল ভূয়োদর্শন দ্বারা তাহা প্রতিপন্ন হইয়াছে। তাঁহার মতে

তীব্র উম্মাদ প্রাণনাশক এবং মেল্যাঙ্কোলীয়া জ্ঞাননাশক। অনেকে বলেন যে সূতিকোন্মাদ সাক্ষাৎ সম্বন্ধে প্রাণনাশক নহে। মোটামুটি ধরিতে গেলে এই মতটি নিতান্ত অপ্রামাণিক নহে। টিউক্ বলেন যে তিনি যতগুলি ঘটনা দেখিয়াছেন তন্মধ্যে শতকরা ১০৯ জনের বিবিধ কারণ হইতে মৃত্যু হয়। কিন্তু টিউক্ সাহেব যাহাদের কথা বলিয়াছিলেন তাহারা সকলেই স্ত্রীলোক এবং তাহাদের পীড়া গুরুতর হওয়ায় তাহারা বাতুলালয়ে আসিয়াছিল। হাণ্টার এবং গৃশ্ সাহেবেরা বলেন যে নাড়ীর গতি অত্যন্ত দ্রুত হইলে প্রায়ই সাঙ্ঘাতিক হইয়া উঠে। এই লক্ষণটি অত্যন্ত মন্দ তাহাতে সন্দেহ নাই, কিন্তু তাহা বলিয়া হতাশ হইবার আবশ্যক নাই। যেসকল রোগীর প্রদাহজনিত কোন উপসর্গ থাকে তাহাদের পীড়া প্রায়ই সাঙ্ঘাতিক হয়। সুতরাং দৈহিক উত্তাপ অধিক হইলে যেরূপ ভয়ের কারণ হয় কেবল নাড়ীর দ্রুত গতিতে সেরূপ নহে।

মৃত দৈহিক লক্ষণ। যাহাদের মৃত্যু হয় তাহাদের দেহে এমন কোন স্পষ্ট লক্ষণ পাওয়া যায় না যদ্দ্বারা পীড়ার স্বরূপ নির্ণয় করা যাইতে পারে। টাইলার্ স্মিথ্ বলেন যে মৃতব্যক্তির মস্তকেও কোন চিহ্ন থাকে না কেবল মস্তিষ্ক সমধিক পাংশুবর্ণ ও রক্তহীন দেখা যায়। অনেক নিদানবেত্তা বলেন যে রক্তবহা নাড়ী বিশেষতঃ শিরাসকল একেবারে শূন্য হইয়া থাকে।

রোগের স্থিতিকাল। রোগের স্থিতিকাল বিভিন্ন স্থলে বিভিন্ন প্রকার হইতে দেখা যায়। মোটামুটি বলিতে গেলে মেনীয়া অপেক্ষা মেল্যাঙ্কোলিয়া অধিক দিন স্থায়ী হয়। মেনীয়া প্রায় তিন মাসের মধ্যে আরোগ্য হয়। কখন কখন ইহা অপেক্ষাও শীঘ্র আরোগ্য হইয়া থাকে। এডিন্‌বারা বাতুলাশ্রমে যতগুলি রোগী আইসে তন্মধ্যে অতি অল্পসংখ্যক রোগীকে ছয় মাসের অধিক থাকিতে হইয়াছে। ছয় মাস অতীত হইলে আরোগ্যের আশা অল্প থাকে। পীড়িতাবস্থায় যেসকল ঘটনা ঘটে আরোগ্য হইলে প্রায় তাহা স্মরণ থাকে না। কখন কখন পীড়িতাবস্থার অলীক দৃশ্য প্রভৃতি আরোগ্য হইলেও স্মরণ থাকে। ডাং প্লেফেয়ার্ সাহেবের একজন রোগী পীড়িতাবস্থায় যাহাদিগকে বিদ্বেষভাবে দেখিত, আরোগ্য হইয়াও তাহাদিগের প্রতি বিদ্বেষভাবে দৃষ্টি করিত এবং ক্রমশঃ এইভাব স্থায়ী হইয়া গেল। টিউক্ সাহেব যে ১৫৫টি

দুগ্ধক্ষরণ অবস্থায় ঘটনা সংগ্রহ করিয়াছেন তন্মধ্যে ৫৪ জনের দুগ্ধক্ষরণ

উন্মত্ততা। কালে উন্মত্ততা ঘটে। সুতরাং ইহা গর্ভকালীন উন্মত্ততার সংখ্যা অপেক্ষা অনেক কম। দুগ্ধক্ষরণাবস্থায় যে উন্মত্ততা ঘটে তাহা রক্তাল্পতা ও অবসাদ জন্য উৎপন্ন হয় ইহাতে কোন সন্দেহ নাই। অধিকাংশ স্থলে যাহাদের অধিকবার গর্ভ হইয়াছে তাহাদেরই এই অবস্থায় উন্মত্ততা ঘটে। কারণ বহুবার গর্ভ হওয়ায় তাহারা দুর্ব্বল হইয়া পড়ে এবং বহুদিবসাবধি সন্তান পালন করিতে বাধ্য হওয়ায় দুগ্ধক্ষরণ জন্য রক্তহীন ও নিস্তেজ হয়। প্রসবের পর অধিক রক্তস্রাব হইলে অথবা অন্য কারণ হইতে মানসিক অব-

দুর্ব্বল ও কৃশ স্ত্রীলোকের প্রায় ঘটে।

সাদ হইলে যাহারা প্রথমবার গর্ভিণী হয় তাহাদেরও উন্মত্ততা ঘটিয়া থাকে; অথবা প্রথমবার প্রসব করিবার পর যাহাদের শরীর এত দুর্ব্বল হইয়া যায় যে তাহাদের পক্ষে সন্তানপালন করা একেবারে নিষিদ্ধ, তাহারা এই নিষেধ অবহেলা করিয়া, যদি সন্তানকে স্তনপান করায় তাহা হইলে প্রথমবার গর্ভিণী হইলেও তাহাদের উন্মত্ততা ঘটে। ইহাদের গ্রীবাস্থ শিরায় ব্রুই-ডি ডায়াব্‌ল্ অর্থাৎ ফোঁশ্ ফোঁশ্ শব্দ শুনা যায়, সুতরাং রক্তাল্পতা আছে বুঝিতে পারা যায়।

এই শ্রেণীর উন্মত্ততা প্রায় বিষাদ ধরণের হয়।

এই শ্রেণীর উন্মত্ততা প্রায়ই প্রকৃত উন্মত্ততা না হইয়া বরং উদাসভাবই হইয়া থাকে। দুগ্ধক্ষরণাবস্থায় প্রকৃত উন্মত্ততা হইলে প্রকৃত সূতিকোন্মাদ অপেক্ষা অল্পস্থায়ী হয়। ইহাতে প্রাণের আশঙ্কা অধিক নাই; বিশেষতঃ ইহার কারণ নির্ণয় করিয়া দূরীভূত করিতে পারিলে কোন ভয়ই থাকে না। কিন্তু ইহাতে মানসিক বিকার স্থায়ী হইবার অধিক সম্ভাবনা। টিউক্ সাহেবের সংগৃহীত ঘটনার মধ্যে ১২ জনের উদাসভাব ক্রমশঃ ডিমেন্সিয়ায় পরিণত হইয়া অবশেষে বদ্ধ উন্মত্ততায় দাঁড়াইয়া যায়।

লক্ষণ।

এই বিভিন্ন শ্রেণীর উন্মত্ততার লক্ষণ অগর্ভাবস্থার উন্মত্তার লক্ষণ হইতে বিভিন্ন নহে।

ম্যেনীয়া বা তীব্র উন্মাদের লক্ষণ।

তীব্র উন্মাদের কতকগুলি পূর্ব্বলক্ষণ আছে তাহা প্রায়ই জানিতে পারা যায় না। প্রথমত অস্থিরতা ও অনিদ্রা। এই অনিদ্রা লক্ষণটি সচরাচর স্পষ্ট দেখিতে পাওয়া যায়। যদিও কখন নিদ্রা হয় তথাপি নানাবিধ স্বপ্ন হইয়া নিদ্রার ব্যাঘাত ঘটে। পার্শ্বস্থ

ব্যক্তিগণের প্রতি রোগী অকারণে বিদ্বেষভাব প্রকাশ করিয়া থাকে। ধাত্রী, স্বামী, চিকিৎসক অথবা সন্তানের উপর অত্যন্ত সন্দিগ্ধচিত্ত হইয়া থাকে এবং সাবধানে না থাকিলে শিশুকে ভয়ানকরূপে আহত করিতে পারে। রোগ ক্রমশঃ বৃদ্ধিপ্রাপ্ত হইলে রোগী প্রলাপ বকিতে থাকে এবং রোগের পূর্ণাবস্থায় রোগী সদা সর্ব্বদা অনর্থক ও অসম্বদ্ধ প্রলাপ বকিতে থাকে। রুগ্নাবস্থায় রোগীর মনে কোন একটি বিশেষ ধারণা সর্ব্বদাই উপস্থিত থাকে এবং প্রলাপের সময় সেই ধারণা অনুযায়ী কথা কহিতে থাকে। এই ধারণাটি প্রায়ই আদিরস ঘটিত হয়, সুতরাং সতীসাধ্বী স্ত্রীলোকেও রোগের সময় অশ্রাব্য অশ্লীল কথা উচ্চারণ করিতে কুণ্ঠিতা হয় না এবং সতী হইয়াও অত্যন্ত অসতী বলিয়া পরিচয় দিতে লজ্জা বোধ করে না। বিলাতে এই সম্বন্ধে সম্প্রতি একটি মোকদ্দামা হইয়া গিয়াছে। এই মোকদ্দামায় অনেক লব্ধপ্রতিষ্ঠ চিকিৎসক উপস্থিত ছিলেন তন্মধ্যে সার্ জেম্স সিম্সন্ সাহেব এইমত প্রকাশ করেন "দেহের মধ্যে যে অন্তঃকোষ্ঠের পীড়া হয় তদনুসারে উন্মত্ততার প্রকার ভেদ ঘটে। যাহাদের জননেন্দ্রিয়ের বিকার বশতঃ উন্মত্ততা হয় তাহাদের মনে আদিরস ঘটিত ধারণাই হইয়া থাকে।" প্রকৃত উন্মাদ না হইয়া উদাসভাব হইলে ধর্ম্মসম্বন্ধীয় প্রলাপ হয় যথা—অত্যন্ত নরকভোগের আশঙ্কা অথবা অত্যন্ত গর্হিত কাল্পনিক পাপের অনুতাপ হইয়া থাকে। রোগী প্রায়ই অত্যন্ত অস্থির হয় এবং তাহাকে দেখিলে অত্যন্ত উত্তেজিত অবস্থায় দেখা যায়। রোগী শয্যাশায়ী থাকিতে অস্বীকার করে, পরিধেয় বস্ত্র ছিঁড়িয়া ফেলে অথবা আপনাকে আহত করিবার চেষ্টা করে। আত্মঘাতিনী হইবার প্রবৃত্তি প্রবলা হয়। ডাং প্লেফেয়ার্ সাহেবের অধীনে একজন রোগী ছিল। সে ক্রমাগত আত্মঘাতিনী হইবার চেষ্টা করিত, কিন্তু তাহার বন্ধু বান্ধব অত্যন্ত সতর্ক থাকায় সফল হইতে পারে নাই। সে শয্যা-বস্ত্রদ্বারা স্বীয় শ্বাসরুদ্ধ করিবার চেষ্টা করিত, নিকটে কোন দ্রব্য পাইলেই গিলিতে চেষ্টা করিত এবং এমন কি নিজের চক্ষু উৎপাটিত করিবার জন্য প্রয়াস পাইত। রোগের অবস্থায় রোগী আহার করিতে চাহে না, এমনকি অনুনয় বিনয় করিলেও কিছুতেই খাইতে চাহে না। রোগীর নাড়ী দ্রুত ও ক্ষুদ্র হয় এবং সে যত অধিক উত্তেজিতা হয় ও যত অধিক প্রলাপ বকে ততই তাহার নাড়ী বেগে চলে। জিহ্বা লেপযুক্ত ও

কাঁটা কাঁটা হয়, কোষ্ঠবদ্ধ থাকে এবং বিষ্মূত্র অজ্ঞাতসারে ত্যাগ হয়। মূত্রের পরিমাণ অল্প ও ঘোরবর্ণ হয় এবং পীড়া কিছুদিন স্থায়ী হইলে উহাতে ফস্‌ফেট্‌স্ পাওয়া যায়। পীড়ার প্রারম্ভে লোকিয়া ও দুগ্ধস্রাব বন্ধ হইয়া যায়। রোগী অত্যন্ত অস্থির হয় ও ক্রমাগত নড়িয়া বেড়ায় বলিয়া তাহার দৈহিক উপাদান ক্ষয় প্রাপ্ত হয় ও সে কৃশ হইয়া পড়ে। পীড়া দীর্ঘস্থায়ী হইলে রোগী এত কৃশ হয় যে কেবল অস্থিচর্ম্মসার হইয়া যায়।

রোগীর স্পষ্ট উন্মত্ততা না হইয়া যদি উদাসভাব হয় তাহা হইলে ইহা **উদাসভাবের লক্ষণ।** ধীরে ধীরে প্রকাশ পায়। উদাসভাব হইবার প্রারম্ভে রোগী অকারণে স্ফূর্ত্তিবিহীনা হয় এবং সেই সঙ্গে অনিদ্রা, অপরিপাক, শিরোবেদনা প্রভৃতি দৈহিক অস্বচ্ছন্দতা অনুভব করে। যেসকল স্ত্রীলোক অধিক দিন পর্য্যন্ত সন্তানকে স্তনপান করায় অথবা অন্য কারণ হইতে যাহাদের শারীরিক অবসাদ উপস্থিত হয় তাহাদের উক্ত লক্ষণ প্রকাশ পাইলে নিশ্চিন্ত থাকা কর্ত্তব্য নহে। এই সকল লক্ষণ একবার প্রকাশ পাইলে শীঘ্রই বর্দ্ধিত হয় এবং প্রলাপ ও অলীক দৃশ্য সকল অল্পকাল মধ্যেই উপস্থিত হয়। এই সকল লক্ষণ, সকলের সমানভাবে প্রকাশ পায় না, কিন্তু ইহারা একই শ্রেণীর হইয়া থাকে এবং প্রায়ই ধর্ম্ম সংক্রান্ত প্রলাপ ঘটিয়া থাকে। দৈহিক অস্বচ্ছন্দতা সকলের সমান হয় না। যাহাদের রোগ উন্মত্ততার সদৃশ হয় তাহাদের মন সমধিক উত্তেজিত, নাড়ী দ্রুত ও জিহ্বা কাঁটাযুক্ত হয় এবং তাহারা অত্যন্ত অস্থির হয়। সূতিকাবস্থায় যে তীব্র উন্মাদ হয় তাহা প্রায়ই এই ধরণের হইয়া থাকে। অন্যান্য স্থলে দৈহিক অস্বচ্ছন্দতা এত অধিক হয় না বটে, কিন্তু রোগী অত্যন্ত বিষণ্ণভাবে একস্থানে অনেকক্ষণ বসিয়া থাকে ও কাহারও সহিত বাক্যালাপ করে না। দুগ্ধক্ষরণ অবস্থায় একপ্রকার উদাসভাবই সচরাচর ঘটে। কোন রোগী আহার করিতে সম্মতা হয় না। কাহার কাহার আত্মঘাতিনী হইবার প্রবল ইচ্ছা হইতে দেখা যায়। এই ইচ্ছাটি অকস্মাৎ উদয় হইয়া রোগী আপনার প্রাণনাশ করিতে পারে। সুতরাং উদাসভাবাপন্ন রোগীর প্রতি সর্ব্বদা দৃষ্টি রাখা কর্ত্তব্য। এক মুহূর্ত্তের জন্যও শিথিল দৃষ্টি রাখা উচিত নহে।

সূতিকোন্মাদের স্বরূপ সম্বন্ধে যাহা বলা গিয়াছে স্মরণ রাখিলে ইহার

চিকিৎসা। চিকিৎসা কিরূপ করিতে হয় বুঝা যায়। রোগীর বল সংরক্ষা করাই এই রোগের চিকিৎসার প্রধান উদ্দেশ্য। তাহা হইলে পীড়ার বৃদ্ধিকালে রোগীর কোন অনিষ্ট সম্ভাবনা নাই। দ্বিতীয় উদ্দেশ্য উত্তেজিত মস্তিষ্ককে শীতল করা। কিন্তু তাহা বলিয়া রক্তমোক্ষণ, মুণ্ডিত মস্তকে ব্লিষ্টার লাগান প্রভৃতি প্রাচীন প্রথা অবলম্বন করা কোন মতেই যুক্তিসিদ্ধ নহে। *উন্মাদ-চিকিৎসক মাত্রেই স্বীকার করেন যে উন্মাদের চিকিৎসায় দুইটি বিষয়ে* লক্ষ্য রাখা উচিত। প্রথম—উপযোগী আহার; দ্বিতীয়—নিদ্রা।

রোগী যাহাতে যথেষ্ট আহার করে তদ্বিষয়ে সর্ব্বপ্রকারে যত্নশীল থাকা

আহার প্রদান করা অত্যাবশ্যক। কর্ত্তব্য। কারণ এই রোগে দৈহিক উপাদান অত্যন্ত ক্ষয়-প্রাপ্ত হয়, সুতরাং বলক্ষয় হইয়া থাকে। যতদিন পীড়ার উপশম না হয় ততদিন যাহাতে দেহে বল থাকে তজ্জন্য যথেষ্ট আহার দিবার যত্ন করা নিতান্ত উচিত। ডাং ব্লাণ্ড্ফোর্ড বলেন যে উন্মাদগ্রস্তদিগকে আহার দেওয়া বিশেষ আবশ্যক। তাঁহার মতে শুশ্রূষাকারীগণ তোষামোদ বাক্য দ্বারা রুগ্ন ব্যক্তিদিগকে আহার দিতে সক্ষম হয়। উন্মত্তদিগের আহার কখনই গুরুতর হইতে পারে না। খণ্ড খণ্ড মাংস, আলু ও শাকের সহিত মিশাইয়া অথবা বিফ্টির সহিত ঐ মাংস মিশাইয়া অথবা দুগ্ধের সহিত রুটি মিলাইয়া কিম্বা রম মদ্য ও দুগ্ধ একত্র মিলাইয়া কিম্বা এরোরুট্ প্রভৃতি দ্রব্য তরল করিয়া রোগীকে খাওয়াইতে পারা যায়। চর্ব্য-আহার দিতে পারিলে পেয় অধিক দেওয়া কর্ত্তব্য নহে, কিন্তু রোগ বৃদ্ধিপ্রাপ্ত হইলে রুগ্ন ব্যক্তির জিহ্বা ও মুখ বিশুষ্ক হয়, তখন কাজেই পেয় ভিন্ন অন্য আহার দেওয়া যায় না। যতদিন পারা যায় দুগ্ধ, ব্রাণ্ডি প্রভৃতি পেয় না দিয়া চর্ব্য আহার দেওয়াই শ্রেয়ঃ।

উন্মাদ বা উদাসভাবগ্রস্ত রোগী সময়ে সময়ে কোন ক্রমেই আহার করিতে

বল পূর্ব্বক আহার দেওয়া। চাহে না; বিশেষতঃ এই শেষোক্ত রোগে প্রায়ই রোগী আহারে পরাঙ্মুখ হয়, তখন অগত্যা বলপূর্ব্বক আহার দিতে বাধ্য হইতে হয়। বলপূর্ব্বক আহার দিবার জন্য বিবিধ উপায় উদ্ভাবিত হইয়াছে। এই সকল উপায়ের মধ্যে সহজ উপায় এই যে একখানি চামচ রুগ্ন ব্যক্তির দন্তপাঁতির মধ্যে বলপূর্ব্বক প্রবিষ্ট করাইয়া দিতে হয় এবং কয়েকজন বলিষ্ঠ ব্যক্তিদ্বারা রোগীকে নিশ্চলভাবে রাখিতে হয়। তাহার পর হস্তিদন্তের

নলবিশিষ্ট একটি রবারের বোতলমধ্যে উপযোগী আহার প্রবেশ করাইয়া ধীরে ধীরে মুখমধ্যে পিচকারি করিতে হয়। প্রতিবারে এক আউন্সের অধিক মুখ-মধ্যে প্রবেশ করাইতে নাই এবং প্রতিবার গিলিবার পর শ্বাসপ্রশ্বাসের জন্য অবকাশ দিতে হয়। অতি অল্প সংখ্যক রোগীকেই এরূপ বলপূর্ব্বক আহার করাইতে হয়। বহুদর্শী শুশ্রূষাকারীরা অনুনয় বিনয় দ্বারা প্রায়ই কৌশলে আহার দিতে পারে। কিন্তু ইহাতে সফল না হইলে রোগীকে অনাহারে মরিতে দেওয়া অপেক্ষা বলপূর্ব্বক আহার দেওয়া সহস্রগুণে কর্ত্তব্য। ডাং প্রেস্কেয়ার্ কোন এক রোগীকে এইরূপে প্রত্যহ তিন বার করিয়া কয়েক সপ্তাহ পর্য্যন্ত খাওয়াইয়াছিলেন এবং তজ্জন্য তিনি "পেলিব আহার দিবার বোতল" ব্যবহার করিয়াছিলেন। পেলির বোতল উন্মাদাগার মাত্রেই ব্যবহৃত হয় এবং ইহাদ্বারা আহার প্রযোগের অধিক সুবিধা হয়। বিফ্‌টি কি মাংসের ঝোলের সহিত শ্বেতসারবিশিষ্ট পদার্থ যথা গমেব ময়দা, রেবেলণ্টা এরাবিকা প্রভৃতি মিশাইয়া দিলে অথবা দুগ্ধ দিলে রোগীর উপকার হয়।

রোগের তরুণাবস্থায় উত্তেজক ঔষধি দিলে অত্যন্ত অনিষ্ট হয়, সুতরাং দেওয়া উচিত নহে। কিন্তু রোগের বৃদ্ধি হইলে রোগী অবসন্ন হইয়া পড়ে, তখন উত্তেজক ঔষধি আবশ্যক হইতে পারে। উদাস-ভাবাপন্ন ব্যক্তির পক্ষে উত্তেজক ঔষধি উপকারী এবং তাহাদিগকে অধিক পরিমাণে দেওয়া যাইতে পারে।

উত্তেজক ঔষধি।

কোষ্ঠের অবস্থার প্রতি লক্ষ্য রাখা উচিত। এই রোগে কোষ্ঠের গোলো-যোগ প্রায়ই ঘটে এবং মল কৃষ্ণবর্ণ ও দুর্গন্ধযুক্ত হয়। রোগের তরুণাবস্থায় উপযোগী বিবেচক দ্বারা কোষ্ঠ পরিষ্কার করিতে পারিলে কখন কখন রোগ প্রস্ফুটিতে হইতে পায় না। গুশ্ সাহেব এইরূপ একটি অদ্ভুত ঘটনার কথা উল্লেখ করেন। যে দিন হইতে রোগীর কোষ্ঠ পরিষ্কার হইতে লাগিল সেই দিন হইতেই সে নিরাময় হইল। অল্পমাত্রায় ক্যালো-মেল্ অথবা একমাত্রা কম্পাউণ্ড্ জ্যাল্যাপ্ চূর্ণ কিম্বা এরণ্ড তৈল অনায়াসে দেওয়া যাইতে পারে। রোগ স্থায়ী হইলে মধ্যে মধ্যে মৃদু বিরেচকদ্বারা কোষ্ঠ পরিষ্কার করা উচিত। কিন্তু তীব্র বিরেচক দ্বারা অধিক বিরেচন করা কর্ত্তব্য নহে, কারণ তাহাতে রোগী দুর্ব্বল হইয়া পড়ে।

কোষ্ঠের অবস্থা।

রোগীর যাহাতে সুনিদ্রা হয় চিকিৎসার সেইটি প্রধান উদ্দেশ্য। এই

নিদ্রা উৎপাদন। অভিপ্রায়ে হাইড্রেট্ অফ্ ক্লোর‍্যাল যেরূপ উপযোগী এরূপ অন্য কোন ঔষধি নহে। হাইড্রেটক্লোর‍্যাল অন্য কোন ঔষধির সহিত মিলিত করিয়া না দিলেও উপকার হয়, তবে ব্রোমাইড্ অফ্ পোটাসীয়ামের সহিত মিলাইয়া দিলে গুণ বৃদ্ধি হয়। শয়নকালে ১৫।৩০ গ্রেণ্ মাত্রায় প্রয়োগ করিলে অন্ততঃ কিছুক্ষণের জন্য নিদ্রা আসিতেই হইবে। তীব্র উন্মাদের তরুণাবস্থায় ইহা প্রয়োগ করিলে কখন কখন বিস্ময়জনক উপকার হয়। কোন কোন স্থলে প্রতিরাত্রে এই ঔষধি দিবার আবশ্যক হয়। রোগী ঔষধিগিলিতে অক্ষম হইলে পিচকারি দ্বারা গুহ্য দ্বারে দিতে হয়।

তীব্র উন্মাদ রোগে প্রাচীনকালে অহিফেন ঘটিত ঔষধি দেওয়া হইত কিন্তু

অহিফেন ঘটিত ঔষধ সম্বন্ধে বিচার। আজকাল সকলেই স্বীকার করেন যে ইহাদ্বারা কেবল অনিষ্ট হয়। ডাং ব্ল্যাণ্ড্ফোর্ড্ এসম্বন্ধে বলেন "দীর্ঘ-স্থায়ী প্রলাপযুক্ত উন্মাদে অহিফেন কখনই উপকার করে না বরং অত্যন্ত অনিষ্ট করিয়া থাকে। ক্রমাগত অহিফেন দিলে কেবল নেশার লক্ষণ দেখা যায় কিন্তু কোন উপকার হয় না। অহিফেন সেবন করানই হউক অথবা ত্বকের নিম্নেই প্রয়োগ করা হউক ফল একইপ্রকার হইয়া থাকে। এই শেষোক্ত প্রথায় অধিক উপকারের সম্ভাবনা বটে, কিন্তু মাদকের ন্যায় কার্য্য করিলে ইহার তুল্য বিষ আর নাই। ত্বকের নিম্নে একমাত্রা মর্ফিয়া প্রয়োগ মাত্রেই রোগী নিদ্রিত হইয়া পড়ে এবং আমরাও উদ্দেশ্য সফল দেখিয়া সন্তুষ্ট হই। কিন্তু অর্দ্ধ ঘণ্টাকাল যাইতে না যাইতে নিদ্রা ভঙ্গ হইয়া যায় এবং উন্মত্ততা দ্বিগুণ বৃদ্ধিপ্রাপ্ত হয়। তখন যদি এরূপ ভাবা যায় যে বোধ হয় মর্ফিয়ার মাত্রা অল্প হইয়াছিল বলিয়াই অল্পকাল নিদ্রা হইয়াছে, সুতরাং এবার অধিক-মাত্রায় আবার ত্বকের নিম্নে প্রয়োগ করা যাউক তাহা হইলে প্রয়োগ করিয়াও উক্ত প্রকার ফল হইয়া থাকে। অধিকমাত্রায় মর্ফিয়াদ্বারা নিদ্রা ত আইসেই না উপরন্তু রোগী ভয়ানক ক্ষীণ ও অবসন্ন হইয়া পড়ে। আমার মতে অহি-ফেনের যত কুব্যবহার হয় এত অন্য কোন ঔষধির হয় না।" কিন্তু উদাস-ভাবাপন্ন রোগীর পক্ষে (বিশেষতঃ রোগ দীর্ঘস্থায়ী হইলে) এরূপ কুফল হয় না। এই সকল স্থলে পরিমিত মাত্রায় অহিফেন প্রয়োগে অনেক উপকার

হয়। অহিফেন প্রয়োগ করিতে হইলে ত্বকের নিম্নে মর্ফিয়া প্রয়োগ করাই ভাল, কারণ ইহার কার্য্য সত্বর প্রকাশ পায় ও ইহা প্রয়োগ করিবারও সুবিধা হয়।

অন্যান্য স্নিগ্ধকারী। ঔষধ।

ঔষধি প্রয়োগ ভিন্ন অন্য উপায়েও উত্তেজনার শান্তি করিতে পারা যায়। বহুক্ষণ অবধি গরম জলে স্নান করাইলে উত্তেজনার শান্তি হয়। ৯০।৯২ ডিগ্রি উত্তাপবিশিষ্ট জলে রোগীকে অর্দ্ধ ঘণ্টাকাল বসাইয়া রাখিলে শরীর স্নিগ্ধ হয়। রোগীর সর্ব্বাঙ্গে সিক্তবস্ত্র জড়াইয়া রাখিলেও উক্তপ্রকার ফল হয় অথচ ইহা অনায়াসে দুর্দ্দান্ত পাগলিনী-কেও প্রয়োগ করা যাইতে পারে।

উপযুক্ত শুশ্রূষার আবশ্যকতা।

উন্মাদগ্রস্তদিগের উপযুক্ত শুশ্রূষা করা নিতান্ত আবশ্যক। শীতল, উত্তম-রূপে বায়ুপরিচালিত ও কথঞ্চিৎ অন্ধকারবিশিষ্ট গৃহে রোগীকে রাখা আবশ্যক। সাধ্যমত রোগীকে শয্যা-শায়িনী রাখিতে হয়, অন্ততঃ যাহাতে সে অত্যন্ত অস্থির হইয়া বেড়াইতে না পায়, তদ্বিষয়ে যত্নশীল থাকা কর্ত্তব্য। কারণ অস্থিরতা দৈহিক অবসাদের কারণ। রোগীর সম্মুখে আত্মীয় স্বজন অথবা বন্ধুবান্ধব বিশেষতঃ স্বামী উপ-স্থিত থাকিলে উত্তেজনার বৃদ্ধি হয়, সুতরাং অনিষ্ট ঘটা সম্ভব। এইজন্য সুপরিচিত, সুদক্ষ ও উন্মাদশাসনপটু ধাত্রীদিগের তত্ত্বাবধারণে রোগীকে রাখিলে ভাল হয়। এই নিয়মটি যত পালিত হইবে চিকিৎসায় ততই ফল পাওয়া যাইবে। কর্কশ, নিষ্ঠুর, অপরিণামদর্শী ধাত্রীরা রূঢ় ব্যবহার করিয়া থাকে বলিয়াই রোগ বৃদ্ধিপ্রাপ্ত ও দীর্ঘস্থায়ী হইয়া থাকে। উন্মাদগ্রস্তের সংরক্ষণে রূঢ় ব্যবহারের কোন আবশ্যক নাই। কোমলতা ও ধৈর্য্যগুণ থাকি-লেই অধিক উপকার হয়। রোগীকে অহোরাত্র রক্ষণাবেক্ষণ করিতে হয় বলিয়া এক জনের অধিক ধাত্রী নিযুক্ত করা আবশ্যক।

বাতুলালয়ে প্রেরণ করিবার যুক্তি।

রোগীকে সাধারণ বাতুলালয়ে প্রেরণ করা উচিত কি না বিচার করা আব-শ্যক। সাধারণ বাতুলালয়ে আশ্রয় গ্রহণ করা অবমান-নার বিষয় বলিয়া অনেকের সংস্কার আছে, সুতরাং অনেকেই তথায় সাধ্যমত যাইতে স্বীকার করে না। তীব্র উন্মাদ প্রায়ই অল্প-কাল স্থায়ী হয় বলিয়া ইহার চিকিৎসা গৃহে থাকিয়াই করা ভাল। কিন্তু ইহা

রোগীর অর্থ ও ব্যয়সাপেক্ষ। প্রয়োজনমত চিকিৎসা করাইতে ও ধাত্রী নিযুক্ত করিতে অক্ষম হইলে যথায় তাহা অনায়াসে প্রাপ্ত হওয়া যায়, তথায় অনিচ্ছা-সত্ত্বেও প্রেরণ করা যুক্তিসিদ্ধ। উদাসভাবগ্রস্ত রোগীর চিকিৎসা দীর্ঘকাল লাগে ও অপেক্ষাকৃত কঠিন বলিয়া বাতুলালয়ে প্রেরণ করা আবশ্যক হইয়া উঠে, সুতরাং এই রোগে কালবিলম্ব করা উচিত নহে। অনেকস্থলে এইরূপ কাল-বিলম্ব করায় রোগ অসাধ্য হইয়া পড়িতে দেখা গিয়াছে।

রোগশান্তিকালে চিকিৎসা।

রোগশান্তির উপক্রম হইলে রোগীকে জল-বায়ু পরিবর্ত্তনের জন্য ভিন্ন দেশে পাঠান কর্ত্তব্য। কোন নির্জনগ্রামে ধাত্রী সমভিব্যাহারে রোগীকে পাঠাইতে হয় এবং তথায় তাহাকে বায়ু সেবন ও পরিভ্রমণ করিতে দিতে হয় ও যাহাতে তথায় অধিক লোকজনের সমাগম না হয় তাহা করিতে হয়। আত্মীয়স্বজন ও বন্ধুবান্ধবের সহিত সাক্ষাৎ করিতে অত্যন্ত বিবেচনা পুর্ব্বক দেওয়া কর্ত্তব্য। ডাং প্লেফেয়ারের চিকিৎসাধীনে দুইটি রোগী প্রায় আরোগ্য হইয়া উঠিয়াছিল এমন সময়ে চিকিৎসকের অমতে তাহাদের স্বামী সন্দর্শন হওয়ায় পুনরায় রোগ বৃদ্ধি হইয়াছিল। কিন্তু গূশ্ সাহেব বলেন যে যথায় বহুদিবসাবধি নির্জনে থাকিয়াও রোগের উপশম না হয় তথায় কোন বন্ধু কি আত্মীয়ের সন্দর্শনে বিশেষ উপকার হইতে দেখা গিয়াছে। এই পরামর্শ বিমর্ষ রোগীর পক্ষে উপকারী হইতে পারে উন্মাদ-গ্রস্তের পক্ষে নহে। উদাসভাবগ্রস্ত রোগীকে এরূপে পরীক্ষা করিয়া দেখিতে হানি নাই, কিন্তু ইহার ফল যে কিরূপ হইবে তাহা নিশ্চয় বলিতে পারা যায় না।

পঞ্চম পরিচ্ছেদ।

সূতিকাবস্থায় পূতিজ্বর বা সুতিকাজ্বর।

সূতিকাজ্বর সম্বন্ধে বিভিন্ন মত।

সমগ্র ধাত্রীবিদ্যামধ্যে সূতিকাজ্বর সম্বন্ধে যেরূপ তর্কবিতর্ক ও মতভেদ হইয়াছে, সেরূপ অন্য বিষয়ে হয় নাই। এই রোগকে "সূতিকাজ্বর" নাম দেওয়ায় ঘোরতর বিতণ্ডা উপস্থিত হইয়াছে। এই রোগের স্বরূপ ও প্রকৃতির বিষয়ে এক এক জন গ্রন্থকার এক এক প্রকার মত প্রকাশ করিয়াছেন এবং স্বীয় স্বীয় মত নিতান্ত অভ্রান্ত বলিয়া বিশ্বাস করিয়াছেন। মৃত দেহে যেসকল চিহ্ন পাওয়া যায়, তাহা প্রকৃতরূপে ব্যাখ্যা না করিয়া নিজ নিজ কল্পনানুযায়ী ব্যাখ্যা করিয়া আপন আপন মতের পক্ষ সমর্থন করিয়াছেন। কেহ বলেন, সূতিকাজ্বর স্থানিক প্রদাহ যথা—পেরিটোনিয়াম্‌এর প্রদাহ ভিন্ন আর কিছুই নহে। আবার কেহ বলেন, শিরা প্রদাহ, কেহ বলেন জরায়ুপ্রদাহ, কেহ বা জরায়ু ও পেরিটোনিয়াম্-প্রদাহ বলিয়া থাকেন। অপর কেহ বলেন যে, ইহা একপ্রকার অন্তরুৎসেক্য পীড়া বিশেষ এবং প্রসূতিদিগের সূতিকাবস্থাতেই আপনা হইতে উৎপন্ন হয়। এই প্রকার মতভেদের ফল এই যে, কোনটিই স্থির না হইয়া কেবল গোলযোগ ঘটিয়াছে। সুতরাং পাঠকদিগের এ বিষয়ে কোন প্রকার স্থিরসিদ্ধান্ত হইতে পারে না। সৌভাগ্যবশতঃ আজ কাল বিশেষ অনুশীলন হইয়া এই বিষয়টি কিছু পরিষ্কার হইতে আরম্ভ হইয়াছে।

এই সকল কারণ বশতঃ ভয়ানক গোলযোগ হইয়াছে।

রোগসম্বন্ধে আধুনিক মত।

আজ কাল এই রোগ সম্বন্ধে যত অধিক গবেষণা হইতেছে ততই বুঝা যাইতেছে যে ধাত্রীবিদ্যাবিৎ পণ্ডিতগণ রোগের আতিশয্য ও তীব্রতা দেখিয়া ইহার উৎপত্তিসম্বন্ধে ভ্রান্ত হইয়াছেন এবং ভাবিয়াছেন যে, ইহা সূতিকাবস্থা ভিন্ন অন্য কোনও সময়ে উপস্থিত হইতে পারে না। কিন্তু ইহা বস্তুতঃ তাহা নহে, কেবল এক

প্রকার পচনশীল দ্রব্যসম্ভূত রোগমাত্র। শস্ত্রচিকিৎসকেরা যাহাকে সপূযজ্বর (পায়ীমিয়া) কিম্বা পুতিজ্বর (সেপ্টিসীমিয়া) বলেন, তাহা হইতে ইহার কোন প্রভেদ নাই।

এই মতটি সত্য হইলে রোগের সংজ্ঞা সূতিকাজ্বর দেওয়া কর্ত্তব্য নহে। কারণ এই সংজ্ঞা দ্বারা পাঠকের মনে রোগটিকে টাইফইড্ বা টাইফাস্ জ্বরের ন্যায় জ্বরবিশেষ বলিয়া ধারণা হইতে পারে। এই রোগটি যে কোন বিশেষ কারণ হইতে উৎপন্ন হয় নাই এবং ইহা যে কেবল সূতিকাবস্থাতেই আবদ্ধ নহে, তাহার কারণ নির্দ্দেশ করিবার পূর্ব্বে কতকগুলি স্থূল স্থূল বিষয়ের কথা বলা যাইতেছে।

সূতিকাজ্বর সংজ্ঞায় আপত্তি।

অতি প্রাচীন কালের চিকিৎসা-গ্রন্থেও সূতিকাজ্বরের ন্যূনাধিক উল্লেখ দেখা যায়, সুতাং স্পষ্টই বুঝা যায় যে প্রাচীন চিকিৎসকেরাও এই রোগের বিষয়ে অনভিজ্ঞ ছিলেন না। হিপক্রেটীস্ এই রোগের দুই একটি ঘটনা উল্লেখ করিয়াই যে ক্ষান্ত ছিলেন এমত নহে; গলিত প্লাসেণ্টার অংশ আবদ্ধ থাকিলে যে ইহার উৎপত্তি হইতে পরে, তাহাও বলিয়া গিয়াছেন। হার্ভী প্রভৃতি গ্রন্থকর্ত্তাগণও এই রোগের উল্লেখ ও ইহার কারণ সম্বন্ধে অনেক যুক্তিসঙ্গত মত প্রকাশ করিয়াছেন বটে, কিন্তু বিগত শতাব্দির শেষার্দ্ধ হইতে ইহা প্রকৃত প্রস্তাবে চিকিৎসকগণের মন আকৃষ্ট করে। সেই সময়ে অনেক প্রধান প্রধান সাধারণ সূতিকাগারে বিশেষতঃ পারিস্ নগরের "হোতেল্ দিউ" নামক সূতিকাগারে এই রোগ জন্য মৃত্যুসংখ্যা অত্যন্ত অধিক হয়; তদবধি এই রোগ ধাত্রীচিকিৎসক মাত্রেরই পরিচিত হইয়াছে।

রোগের ইতিবৃত্ত।

যেখানে বহুসংখ্যক নব প্রসূতি একত্র বাস করে, তথায় সচরাচর এই রোগ ঘটিতে দেখা যায়। সুতরাং বিলাতে এবং ইউরোপের অন্যান্য দেশের সাধারণ সূতিকাগারে এই রোগ প্রায়ই উপস্থিত হয় এবং ইহার জন্য নব প্রসূতিদিগের মধ্যে তথায় সময়ে সময়ে মৃত্যুসংখ্যাও অত্যন্ত অধিক হয়। এক জনের এই রোগ হইলে সহস্র চেষ্টা করিলেও ইহার ক্রমবিস্তার নিবারণ করা যায় না। দৃষ্টান্তস্বরূপ ইহা বলিলে যথেষ্ট হইবে যে, ১৭৬০। ৬৮। ৭০ খৃঃ অঃ লণ্ডন নগরে এই রোগ এত প্রবল হইয়াছিল যে, কোন কোন সূতিকাগারে

সাধারণ সূতিকাগারে এই রোগ জন্য মৃত্যুসংখ্যা।

প্রায় সকল প্রসূতিই মারা পড়ে। ১৭৭৩ খৃঃ অঃ এডিন্‌বারা ইন্‌ফার্ম্মারি নামক সূতিকাগারে প্রত্যেক গর্ভিণী প্রসব করিবামাত্রই অথবা প্রসবের পর ২৪ ঘণ্টার মধ্যে এই রোগাক্রান্তা হয় এবং আরোগ্যের নিমিত্ত বিবিধ চেষ্টা করা হইলেও সকলেই মারা পড়ে। ইউরোপের অন্যান্য দেশে সাধারণ সূতিকাগারের সংখ্যা বিলাত অপেক্ষা অনেক অধিক এবং তথায় কাজে কাজেই মৃত্যুসংখ্যাও অনেক অধিক হইয়াছিল। পারিস্ নগরের মেজন্‌দাক্য-শ্যো নামক সাধারণ সূতিকাগারে ভিন্ন ভিন্ন কয়েক বর্ষের মধ্যে প্রতি তিন-জন প্রসূতির মধ্যে ১০ জনকে মারা পড়িতে দেখা গিয়াছে। এইরূপ ভিয়ানা নগরের সাধারণ সূতিকাগারে ১৮২৩ খৃঃ অঃ শতকরা ১৯ জন ও ১৮৪২ খৃঃ অঃ শতকরা ১৬ জন প্রসূতি মারা পড়ে। বার্লিন্ নগরে ১৮৬২ খৃঃ অঃ সূতিকা-গারের এক জন রোগীও বাঁচে নাই বলিয়া সূতিকাগারটী উঠিয়া গিয়াছিল।

এইসকল কারণে সাধারণ সূতিকাচিকিৎসালয় সকল তুলিয়া দেওয়া কর্ত্তব্য কি না।

পূর্ব্বে যে সকল ঘটনার উল্লেখ করা গেল, তাহা সমস্তই যে প্রকৃত সে বিষয়ে কোন সন্দেহ নাই। এই সকল ঘটনাদ্বারা স্পষ্টই বুঝা যাইতেছে যে, বহুসংখ্যক নব প্রসূতি একত্র রাখা অত্যন্ত বিপদজনক, কিন্তু তাহা বলিয়া সাধারণ সূতিকা-চিকিৎসালয় উঠাইয়া দেওয়া কর্ত্তব্য কি না, তাহা এই পুস্তকে যথাযথরূপে বিচার করা যায় না। তবে এইমাত্র বলা যাইতে পারে যে, যে সময়ে এই রোগজন্য সাধারণ সূতিকা-চিকিৎসালয়ে মৃত্যুসংখ্যা অত্যন্ত অধিক হইত, তখন ইহার সংক্রামকতার কারণ আমরা জানিতাম না এবং স্বাস্থ্য-বিজ্ঞান ও সম্যক্‌রূপে বিশুদ্ধ বায়ু সঞ্চরণের গুণ সম্বন্ধে আমাদের ভাল জ্ঞান ছিল না। সংক্ষেপতঃ তৎকালে আমাদের জ্ঞান এত অল্প ছিল যে সংক্রামক পীড়ার বিস্তার বন্ধ করা দূরে থাকুক, যাহাতে তাহা সমধিক ব্যাপ্ত হয় তাহারই সহায়তা করিতাম। আজ কাল ভূয়ো-দর্শনদ্বারা আমাদের জ্ঞানবৃদ্ধি হওয়ায় এইরূপ সংক্রামক পীড়ার বিস্তার বন্ধ করিতে আমরা সক্ষম হইয়াছি, সুতরাং মৃত্যুসংখ্যাও অনেক কম হইয়াছে। ডাব্‌লিন্ নগরের রোটাণ্ডাস্থ রোগী-নিবাসের বার্ষিক বিবরণ ইহার সাক্ষ্য প্রদান করিতেছে।

এই রোগ যখন সাধারণ সূতিকা-চিকিৎসালয়ে অত্যন্ত বিস্তৃত হইয়া

সূতিকাজ্বর যে দূষিত বায়ু হইতে উৎপন্ন, তাহা অনুমান করিবার আবশ্যক নাই।

পড়ে, তখন একটু অনুধাবন করিয়া দেখিলেই বুঝা যায় যে বহুসংখ্যক নব প্রসূতি একত্রিত হওয়ায় বায়ু দূষিত হইয়া ইহা উৎপন্ন হয় না। এক জনের দেহ হইতে অপরের দেহে পচনশীল পদার্থ কোন প্রকারে পরিচালিত হইয়াই ইহার উৎপত্তি হইয়া থাকে।

এই রোগ যে দেশব্যাপক তাহা বিশ্বাস করিবার যথেষ্ট কারণ নাই।

অনেকে বলেন যে অধিকাংশ স্থলে আরক্ত জ্বর অথবা কোন অন্তরুৎসেক্য পীড়ার ন্যায় এই রোগও দেশব্যাপক হইয়া পড়ে। লণ্ডন নগরে ১৮২৭। ২৮ খৃঃ অঃ লীড্‌স্ নগরে ১৮০৯। ১২ খৃঃ অঃ ও এডিন্‌বারায় ১৮৫২ খৃঃ অঃ পূতিজ্বর দেশব্যাপক হইয়াছিল। যাহা হউক প্রকৃত প্রস্তাবে এই রোগ দেশব্যাপক কি না, তাহা জানিবার যথেষ্ট প্রমাণ নাই। একই স্থানে এক সময়ে এই রোগ যে অত্যন্তব্যাপ্ত হইয়া পড়ে, তাহাতে কোন সন্দেহ নাই, কিন্তু তাহা হইলেও ইহাকে প্রকৃত দেশব্যাপক রোগ বলা সঙ্গত নহে। কারণ এক জনের দেহ হইতে পচনশীল পদার্থ অতি সহজেই অপরের দেহে চালিত হইতে পারে; সুতরাং রোগও সহজে ব্যাপ্ত হইয়া পড়ে। যেসকল স্থলে ইহা দেশব্যাপক বলিয়া কথিত হইয়াছে, তাহার অধিকাংশেই চিকিৎসক কিম্বা ধাত্রী বিশেষের চিকিৎসাধীন রোগীমধ্যে অধিক ব্যাপ্ত হইয়াছিল। সকল চিকিৎসক অথবা সকল ধাত্রীরই চিকিৎসাধীন রোগীর ইহা হয় নাই। ইহা-দ্বারা স্পষ্টই বুঝা যাইতেছে, যেসকল রোগীর দেহে পচনশীল পদার্থ চালিত হইয়াছে তাহাদেরই উক্ত রোগ ঘটিয়াছে। অতএব অন্যান্য দেশব্যাপক রোগের ন্যায় এই রোগ দেশব্যাপক হইবার কোন কারণ দেখা যায় না। সূতিকাবস্থায় পূতিজ্বর হইলে মৃত্যুসংখ্যা কিরূপ হয়, তাহা জানিবার বিশ্বাস-যোগ্য তালিকা নাই। বার্লিন্ নগরের "অবষ্টেট্রিক্ সোসইটির" সভ্যগণ সূতিকাবস্থায় পূতিজ্বর সম্বন্ধে একটি বিবরণ প্রুসিয়া-রাজনিয়োজিত স্বাস্থ্যরক্ষকের নিকট প্রেরণ করেন। এই বিবরণে তাঁহারা প্রকাশ করেন যে, মেট্রাইটিস বা পূতিজ্বর হইতে মৃত্যুসংখ্যার তালিকা যত প্রকাশিত হইয়াছে, তাহার কোনটিই বিশ্বাসযোগ্য নহে। বস্তুতঃ এই রোগ হইতে মৃত্যুসংখ্যা যত অধিক হয়, প্রসব সম্বন্ধীয় অন্য কোন রোগ হইতে তত নহে।

এই রোগের স্বরূপ বুঝাইবার জন্য যে সকল বিবিধ মত প্রকাশ করা হইয়াছে, তাহা সবিস্তার বর্ণনা করা অনাবশ্যক। রোগের সকল বিষয় বুঝাইবার জন্য কোন একটি বিশেষ মত প্রকাশ করিবার চেষ্টা করাতেই ইহাকে অযথা জটিল করা হইয়াছে। যদি রোগ সম্বন্ধে পরিষ্কার জ্ঞান থাকা আবশ্যক হয় তাহা হইলে আমাদের বিনীতভাবে স্বীকার করা কর্ত্তব্য যে, এই বিষয়ে কেবলমাত্র গবেষণা আরম্ভ হইয়াছে; সুতরাং এক্ষণে কোন প্রকার সিদ্ধান্ত না করিয়া কেবল সাবধানে অনুসন্ধান করাই শ্রেয়ঃ।

রোগের স্বরূপ সম্বন্ধে বিবিধ মত।

অনেকে শিক্ষা দেন যে এই রোগটি কেবল স্থানিক প্রদাহ হইতে উৎপন্ন হইয়া গৌণে দৈহিক লক্ষণ উৎপাদন করে। এই পীড়া জন্য যে সকল পরিবর্ত্তন ঘটে, কেবল তাহাই মৃতদেহে লক্ষ্য করায় এই মতটি উদ্ভাবিত হইয়াছে। পেরিটোনীয়ামের ভয়ানক প্রদাহ শিরাপ্রদাহ, জরায়ুর লিম্ফ্যাটিক্‌স বা লসিকা নাড়ীর প্রদাহ কিম্বা জরায়ুর উপাঙ্গানের প্রদাহ-চিহ্ন মৃত্যুর পর সচরাচর দেখিতে পাওয়া যায় এবং ইহাদের প্রত্যেকটিকেই পর্য্যায়ক্রমে রোগের প্রকৃত কারণ বলিয়া বিশ্বাস করা হইয়া থাকে। কিন্তু আধুনিক নিদানবেত্তাগণ এই মতটি গ্রাহ্য করেন না এবং বস্তুতই ইহা এত অসঙ্গত যে আজকাল কেহই ইহা গ্রাহ্য করেন না। মৃতদেহের যে সকল চিহ্ন পূর্ব্বে বলা গেল, তাহা যে সর্ব্বত্রই লক্ষিত হয়, তাহা নহে; বরং কোন কোন গুরুতর স্থলে স্থানিক প্রদাহের কিছুমাত্র চিহ্ন দেখিতে পাওয়া যায় না। এই মত সত্য হইলেও রোগটি সংক্রামক কেন হয় তাহা বুঝা যায় না এবং স্থানিক কারণ হইতে উৎপন্ন হইলে দৈহিক লক্ষণ কেনই বা এত গুরুতর হয়, তাহাও বুঝা যায় না।

রোগের স্থানিক উৎপত্তি বিষয়ক মত।

এই মতের আপত্তি।

এই রোগের স্বরূপ সম্বন্ধে আর একটি অপেক্ষাকৃত সঙ্গত মত আছে এবং ইহা অনেকেই গ্রাহ্য করেন। অনেকে বলেন যে ইহা একপ্রকার অন্তরুৎসেক্য জ্বরবিশেষ। কেবল সূতিকাবস্থাতেই ঘটিয়া থাকে। টাইফাস্ অথবা টাইফইড্ জ্বর যেরূপ কোন বিশেষ অজ্ঞাত বিষ হইতে উৎপন্ন হয়, ইহাও সেইরূপ। বসন্তরোগীর গাত্রে যে কারণে সপূয গুটিকা হয়, অথবা টাইফইড জ্বরগ্রস্ত

কাহারও মতে এই রোগ অন্তরুৎসেক্যজ্বর বিশেষ।

রোগীর অঙ্গে যে ক্ষত উৎপন্ন হয়, সেই কারণেই এই রোগে মৃত্যুর পর স্থানিক লক্ষণ দেখা যায়। এই রোগটি স্পর্শাক্রামক ও সংক্রামক উভয় প্রকার হইয়া থাকে এবং যখন হয় তখন দেশব্যাপক হইয়া পড়ে। ডাং ফর্ডাইস্ বার্কার্ এই মতের আধুনিক পরিপোষক। তাঁহার "সূতিকাপীড়াসমূহ" নামক উৎকৃষ্ট গ্রন্থে এই রোগের সকল প্রকার মত সবিস্তার বর্ণনা করিয়াছেন। ডাং প্লেফেয়ার্ বলেন যে তিনিও তাঁহার মতাবলম্বী অন্যান্য ব্যক্তিগণ এই মতের নিশ্চিত প্রমাণ কিছুই দিতে পারেন নাই। টাইফাস, টাইফইড্ প্রভৃতি এক শ্রেণীর পীড়ায় স্থানিক গৌণলক্ষণ সকল যে স্পষ্ট দেখা যায়, তাহাতে কোন সন্দেহ নাই। এই সকল লক্ষণ অতি স্পষ্ট ও সকল স্থলেই লক্ষিত হয়; কিন্তু সূতিকাজ্বরে উক্ত লক্ষণ সকল সেরূপ হয় কি না, তাহা তিনি প্রমাণ করেন নাই, বরং ইহার বিরুদ্ধে দেখা যায় যে দুইটি রোগীর স্থানিক লক্ষণ একপ্রকার হয় না। এই রোগের গতি, স্থিতিকাল অথবা স্থানিক লক্ষণ কিরূপ হইবে তাহা অত্যন্ত বিজ্ঞ ও বিচক্ষণ চিকিৎসকও পূর্ব্বে বলিতে পারেন নাই। আবার যে সকল স্থলে রোগীর নিজ দেহ হইতে পচনশীল রক্তের চাঁই আচোষিত হওয়ায় রোগ উৎপন্ন হইতে স্পষ্ট দেখা গিয়াছে, তথায় উক্ত মতটি খাটে না। বার্কার্ সাহেব এই সকল রোগীকে একটি স্বতন্ত্র শ্রেণীভুক্ত করেন এবং বলেন যে, ইহাদের পীড়া পূতিজ্বর বটে। এই সকল রোগের লক্ষণ ও মৃত দেহের চিহ্ন ও অজ্ঞাত বিষ বিশেষ দ্বারা উৎপন্ন রোগের লক্ষণ ও চিহ্নে কি প্রভেদ তাহা তিনি বলেন নাই। বস্তুতঃ রোগের ইতিবৃত্ত ও নিদান ধরিলে এই দুই প্রকার রোগের কোন প্রভেদই নাই।

এই মতের বিরুদ্ধে আপত্তি।

আজকাল অনেকেই বিশ্বাস করেন যে, শস্ত্রচিকিৎসায় যে সপূয জ্বর অথবা পূতিজ্বর দেখা যায়, এই রোগও তাহাই। যদিও এই মত সম্বন্ধে কোন আপত্তি নাই বলা যায় না এবং বিভিন্ন স্থলে ইহার বিভিন্ন লক্ষণ দেখা যায়, সে সমস্ত ভাল করিয়া বুঝান যায় না, তথাপি অন্য সকল মতাপেক্ষা এই মতটিকেই অধিক যুক্তিসঙ্গত বলিয়া বোধ হয় এবং ভরসা করা যায় যে, কালক্রমে এই মতটিই প্রশস্ত হইবে ও এক্ষণে ইহাদ্বারা যে সকল বিষয় বুঝান

কাহার কাহা মতে শস্ত্র চিকিৎসায় যে পূতিজ্বর দেখা যায় এ রোগেও তাহাই।

যাইতেছে না, ধৈর্য্যাবলম্বন করিয়া কিছু অধিক গবেষণা করিলে সেই সকল বিষয় পরিষ্কাররূপে বুঝান যাইবে।

এই মতটি কি?

এই মতানুসারে যাহাকে সূতিকাজ্বর বলা হয়, তাহা দেহমধ্যে পচনশীল পদার্থ আচোষিত হওয়ায় উৎপন্ন হয়। প্রসবের পর স্বভাবতই জননেন্দ্রিয়ে ক্ষতস্থান থাকে। ঐ স্থান হইতেই পচনশীল পদার্থ দেহমধ্যে প্রবেশ করে। এই পচনশীল পদার্থটি বিষের ন্যায় কার্য্য করে, কিন্তু এই বলিয়া যে উহা কোন বিশেষ দোষবিশিষ্ট বিষ এমত নহে; কারণ শস্ত্র-চিকিৎসায় যে সপূয জ্বর হইতে দেখা যায়, তাহাও কোন প্রকার পচনশীল জৈবিক পদার্থ আচোষিত হইয়াই উৎপন্ন হয়। এই পচনশীল জৈবিক পদার্থ রোগীর নিজ জননেন্দ্রিয়ের মধ্য হইতে দেহে আচোষিত হইতে পারে অথবা বাহির হইতে কোন প্রকারে আনীত হইয়া নিজ রক্তের সহিত মিশিতে পারে।

এই রোগটি বর্ণনা করিবার সময় আমরা শেষোক্ত মতটি যুক্তিসঙ্গত বলিয়া স্বীকার করিয়া লইব। শস্ত্রচিকিৎসায় যে পূতিজ্বর দেখা যায়, তৎসম্বন্ধেই যখন আমাদের সম্যক্‌জ্ঞান নাই, তখন এই রোগের বিষয় পুঙ্খানুপুঙ্খরূপে বুঝিবার প্রত্যাশা করা কর্ত্তব্য নহে।

বর্ণনার মূল।

বূর্ডন-সণ্ডারসন্ সাহেব যে রীতিতে সপূয জ্বর বর্ণনা করিয়াছেন এই রোগের বর্ণনাতেও আমরা সেই রীতির অনুসরণ করিব। তিনি বলেন যে সপূয জ্বরের প্রত্যেক স্থলেই রোগোৎপত্তির একটি কেন্দ্র লক্ষিত হয়। এই কেন্দ্র হইতে বিভিন্ন দিকে রোগের বিস্তার হয় এবং বিস্তৃত হইলে গৌণ ফল ঘটিয়া থাকে। প্রত্যেক স্থলেই রোগ সংক্রামণের প্রারম্ভ-সূচক লক্ষণ তৎপরে রোগ বিস্তারের লক্ষণ, অবশেষে গৌণ লক্ষণ সকল দেখা যায়। এই রীতি অবলম্বন করিয়া আমরা প্রথমে কিরূপে এই রোগ সূতিকা বা গর্ভাবস্থায় সংক্রমণ করে, তাহা বর্ণনা করিব এবং ইহা সুন্দররূপে বর্ণনা করা কেন যে কঠিন, তাহাও বলিব।

পচনশীল পদার্থ যে পথদ্বারা আচোষিত হইতে পারে।

নবপ্রসূতিদিগের জননেন্দ্রিয়ে এমন ক্ষতস্থান থাকে যে, তাহার সংস্পর্শে পচনশীল পদার্থ আসিলে অনায়াসে আচোষিত হইতে পারে, ইহা বহুকালাবধি অনেকেই জ্ঞাত আছেন। ক্রুভিলীয়ার, সিম্‌সন প্রভৃতি পণ্ডিতগণ কোন একটি

অঙ্গচ্ছেদনের পর অবশিষ্ট ক্ষত অংশের সহিত প্রসবের অব্যবহিত পরে জরায়ুর অভ্যন্তরের সৌসাদৃশ্য বর্ণনা করিয়াছেন। কিন্তু প্রসবের পর জরায়ুর অভ্যন্তরের সমস্ত স্থানই ক্ষতযুক্ত হয় এই ভ্রান্ত অনুমান ছিল বলিয়াই এইরূপ সৌসাদৃশ্য বর্ণনা করিয়াছেন। আজকাল জানা গিয়াছে যে জরায়ুর অভ্যন্তরের সমস্ত ক্ষত হয় না। যাহাহউক জরায়ুর অভ্যন্তরে যথায় প্লাসেণ্টা সংযুক্ত থাকে, তথায় যে শিরামুখ সকল ছিন্ন থাকে, সে বিষয়ে কোন সংশয় নাই এবং সেই পথ দিয়া পচনশীল পদার্থ আচোষিত হইতে পারে। যে সকল স্থলে জরায়ুর অভ্যন্তরে পচনশীল পদার্থ থাকে, বিশেষতঃ যথায় জরায়ু রীতিমত সঙ্কুচিত না হওয়ায় বড় বড় শিরাখাত সকল অতিরিক্ত উন্মুক্ত থাকে এবং সমবরোধনদ্বারা তাহাদের মুখ বন্ধ না হয়, তথায় এই পথ দিয়া পচনশীল পদার্থ আচোষিত হইবার অধিক সম্ভাবনা। কিন্তু বাহির হইতে পচনশীল পদার্থ আসিলে প্লাসেণ্টার সংযোগস্থলে কিরূপে যাইবে, তাহা বুঝা যায় না, তবে বাহিরের পচনশীল পদার্থ আচোষিত হইবার অন্য পথ আছে। জরায়ুর গ্রীবায় কি যোনিতে সামান্য চিড় থাকা বিচিত্র নহে। বিশেষতঃ যাহারা প্রথম গর্ভিণী হয়, তাহাদের পেরিনীয়াম্ ও ফোর্‌শেট্ প্রায়ই ছিন্ন হয়। আবার কিছুমাত্র ছিন্ন না হইয়াও যোনি কি জরায়ুগ্রীবার শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীদ্বারা পচনশীল পদার্থ আচোষিত হওয়া অসম্ভব নহে। ইহা স্মরণ রাখিলে অতি বিরলস্থলে প্রসবের পূর্ব্বে অথবা অব্যবহিত পরেই কেন যে রোগলক্ষণ উপস্থিত হইতে দেখা যায়, তাহার কারণ অনায়াসে বুঝা যাইতে পারে। অচ্ছিন্ন, অক্ষত শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীদ্বারা পচনশীল পদার্থ আচোষিত হওয়া যে একেবারে অসম্ভব নহে তাহার প্রমাণ এই যে, উপদংশাদির বিষও উক্ত প্রকারে আচোষিত হইতে দেখা যায়। অতএব নবপ্রসূতির ও শস্ত্রাদিদ্বারা ক্ষতযুক্ত রোগীর অনেক সৌসাদৃশ্য দেখা যায় এবং প্রসবের সময় কি তাহার অব্যবহিত পরে নবপ্রসূতির দেহে পচনশীল পদার্থ প্রবেশ করিতে পারে, তাহা সহজে বুঝা যায়। ক্ষত হইবামাত্র অথবা তাহার অল্পকাল মধ্যেই পচনশীল পদার্থ আচোষিত হইয়া থাকে; কারণ ক্ষতস্থান পুরিতে আরম্ভ করিলে আচোষণ-শক্তি অনেক কম হইয়া যায় ইহাও স্মরণ রাখা কর্ত্তব্য। কারণ এমন অনেক রোগী দেখা যায় যে তাহাদের পেরিনীয়াম অথবা যোনি প্রদেশে ক্ষত আছে অথচ

তাহাদের পুতিজ্বর হয় নাই। আবার কাহার কাহার প্রসবের কিছু দিন পরে অত্যন্ত দুর্গন্ধযুক্ত লোকিয়া স্রাব হইতে দেখা যায় অথচ পুতিজ্বর হয় না।

পচনশীল পদার্থ কি, তাহার উৎপত্তি বা কোথায় তাহা জানা যায় নাই।

পচনশীল পদার্থটি কি এবং কোথা হইতেই বা তাহার উৎপত্তি হয় এবিষয়ে আমরা কিছুই জানি না এবং এই সম্বন্ধে অনেক বিতণ্ডাও উত্থাপিত হইতে পারে।

(১) স্বদেহজ (২) ইতর দেহজ দুই শ্রেণী।

এই পচনশীল পদার্থ রোগীর স্বদেহে উৎপন্ন হইয়া তাহাকে সংক্রামিত করিতে পারে। এরূপ হইলে রোগটিকে অটোজেনে-টিক্ অর্থাৎ স্বদেহজ বলা যায়। আবার ইহা বাহির হইতে আসিয়া রোগীর জননেন্দ্রিয়ের কোন ক্ষতস্থানে লাগিয়া দেহমধ্যে আচোষিত হইতে পারে। এরূপ হইলে ইহাক হেটারো-জেনেটিক অর্থাৎ ইতরদেহজ বলা গিয়া থাকে।

যে যে উপায়ে রোগী আপনাকে আপনি সংক্রামিত করিতে পারে।

রোগী নানাপ্রকারে আপনাকে আপনি সংক্রামিত করিতে পারে এবং যে রূপে ইহা সম্পাদিত হয় তাহা বুঝা কঠিন নহে। প্রসূতির স্বদেহের উপাদানের কোন অংশ কোন কারণ-বশতঃ পচিয়া উঠিলে অথবা জরায়ু কিম্বা যোনি দিয়া যাহা নির্গত হওয়া উচিত এমন কোন পদার্থ আবদ্ধ থাকিলে অথবা ভ্রূণ পচিয়া জরায়ু মধ্যে সেই গলিত পদার্থ আচোষিত হইলে পুতিজ্বর হইতে পারে। আবার প্রসবকালে প্রসূতির কোমলাংশে ক্রমাগত বহুক্ষণ অবধি চাপ পড়িলে সেই অংশ পচিয়া উঠিতে পারে অথবা হয়ত প্রসূ-তির জননেন্দ্রিয় পূর্ব্ব হইতেই পীড়িত যথা কর্কট রোগাক্রান্ত থাকায় তন্মধ্যে গলিত দ্রব্য থাকিতে পারে। সাধারণতঃ রক্তের চাঁই অথবা ঝিল্লীর কি প্লাসেণ্টার সামান্য অংশ জরায়ুমধ্যে আবদ্ধ থাকায় বায়ু লাগিয়া পচিয়া উঠে। কিম্বা লোকিয়া পচিয়া গিয়া পুতিজ্বর উৎপাদন করে। প্লাসেণ্টার সামান্য অংশ আবদ্ধ থাকিয়াই অনেক সময়ে পুতিজ্বর উৎপাদন করে। ত্রয়োদশ লুইর রাজ্যকালে ডাচেস দর্লিএন্স্ ইহার দৃষ্টান্ত। এই সম্ভ্রান্ত মহিলা অনায়াসে প্রসব করিয়া পুতিজ্বরে মারা পড়েন। প্যারিস্ নগরের প্রধান প্রধান চিকিৎসকগণ ইহাঁর মৃতদেহ পরীক্ষা করিয়া বলেন "জরায়ুর দক্ষিণ পার্শ্বে প্লাসেণ্টার একটী ক্ষুদ্র অংশ গর্ভাশয়ের সহিত এত দৃঢ় সংযুক্ত ছিল

যে নখদ্বারা তাহাকে ছিন্ন করা কঠিন হইয়াছিল।" এই কারণ হইতেই স্বসংক্রমণ অধিক হইবার কথা। এই সকল স্থলে পচনশীল পদার্থ কাজে কাজেই উপস্থিত থাকে, কিন্তু ফলতঃ ইহা হইতে স্বসংক্রমণ অধিক হয় না তাহার কারণ পূর্ব্বেই বলা গিয়াছে অর্থাৎ ক্ষতস্থান আরোগ্য হইতে আরম্ভ হইলে পচনশীল পদার্থ আচোষিত হইবার সম্ভাবনা অল্প। এই জন্যই বুঝা যায় যে প্রসবের পূর্ব্বে স্বাস্থ্য লাভ না থাকিলে প্রসবের পর স্বাভাবিক সংস্করণ-কার্য্য উত্তমরূপে সাধিত না হওয়ায় স্বসংক্রমণের প্রবর্ত্তক কারণ সহজেই উপস্থিত থাকে। এই কারণে উৎপন্ন পুতিজ্বর কেবল মানবীমধ্যেই নিবদ্ধ থাকে। "ক্লিনিক্যাল্ সোসাইটি" নামক সভায় সপুষজ্বর বিষয়ক যে তর্ক বিতর্ক উঠে তাহাতে মিঃ হাচিন্সন্ বলেন যে তিনি কতকগুলি মেষীর এইরূপ পুতিজ্বর হইতে দেখিয়াছেন। ইহাদের গর্ভাশয়ে প্লাসেণ্টার অংশ আবদ্ধ ছিল।

পরদেহোদ্ভূত বিষ দ্বারা সংক্রমণ।

বাহির হইতে পচনশীল দ্রব্য কি কি উপায়ে আসিয়া পুতিজ্বর উৎপাদন করিতে পারে তাহা নির্ণয় করা বড় কঠিন। এই সম্বন্ধে কতকগুলি এমন দুরূহ বিষয় আছে যে তাহা প্রচলিত মতের সহিত ঐক্য করা বড় কঠিন এবং প্রকৃত কথা বলিতে গেলে আমরা আজিও তাহা ভালরূপ বুঝাইতে পারি না স্বীকার করিতে হয়।

কোনপ্রকার পচনশীল জৈবিক পদার্থ দ্বারা রক্ত দূষিত হইতে পারে।

কোন প্রকার পচনশীল জৈবিক পদার্থ দ্বারা রক্ত দূষিত হওয়া সম্ভব বটে, কিন্তু ইহার মধ্যে কোন কোনটির ক্রিয়া অপরটির অপেক্ষা নিশ্চিত ও অত্যন্ত তীব্র হইয়া থাকে।

মৃতদেহের রস রক্ত দ্বারা জীবিতের রক্ত দূষিত হইবার সম্ভাবনা।

ধাত্রীচিকিৎসকগণ শব-ব্যবচ্ছেদ করিয়া অথবা মৃত দেহ পরীক্ষা করিয়া সেই মৃতদেহের রস রক্তাদি সময়ে সময়ে প্রসূতির জননেন্দ্রিয়ে সংক্রামিত করিতে পারেন। এই বিষয়টি ডাং সেমেলউইস্ সর্ব্বাপেক্ষা অধিক আলোচনা করেন। তিনি দেখাইয়াছেন যে ভিয়েনা নগরীর সাধারণ সূতিকা-চিকিৎসালয়ের যে খণ্ডে অধ্যাপক ও ছাত্রেরা যাতায়াত করিতেন তথায় প্রত্যেক ১০ জন রোগীর মধ্যে এক জনের মৃত্যু হয়। কারণ এই সকল অধ্যাপক ও ছাত্রেরা শব-ব্যবচ্ছেদ করিতেন। কিন্তু উক্ত চিকিৎসালয়ের যে অংশ

কেবল স্ত্রীলোকদিগের তত্ত্বাবধানে থাকে তথায় প্রত্যেক ৩৪ জনের মধ্যে ১ জনের মৃত্যু হয়। আবার প্রথম খণ্ডের এই বিষয়টি যখন ডাক্তার ও ছাত্রগণের গোচরে আসিল এবং তাঁহারা সতর্ক হইলেন তদবধি উভয় খণ্ডের মৃত্যুসংখ্যা সমান হইতে লাগিল। ইহার পর আরও এমন অনেক ঘটনা লিপিবদ্ধ করা হইয়াছে যদ্দারা এই সত্যটি নিঃসন্দিগ্ধরূপে প্রতিপন্ন হইয়াছে। ডাং সিম্‌সন্ সাহেব একটি কৌতুকাবহ ঘটনার উল্লেখ করিয়াছেন ;—১৮৩৬ কি ১৮৩৭ খৃঃ অব্দে মিঃ সীডি নামক কোন চিকিৎসক পর্য্যায়ক্রমে ৫। ৬ টি সূতিকাজ্বরগ্রস্ত রোগীর চিকিৎসা করেন, কিন্তু তখন অন্য কোন চিকিৎসকের অধীনে এরূপ একটীও রোগী ছিল না। সূতিকাজ্বর যে একটি স্পর্শাক্রমক রোগ ডাং সিম্‌-সনের তখন এরূপ দৃঢ়বিশ্বাস ছিল না। তিনি মিঃ সীডির রোগীদিগের মৃত-দেহ ব্যবচ্ছেদ ও পীড়িত অংশ অবাধে স্পর্শ কবেন ইহার পরেই ডাং সিম্‌সন্ যে ৪ টি স্ত্রীলোকের চিকিৎসা করেন তাহাদের সকলেরই সূতিকাজ্বর হয় এবং ডাং সিম্‌সন্ এই প্রথমবার এই রোগের চিকিৎসা করেন। লিথ্ নগরের ডাং প্যাটার্সন্ সিম্‌সন্ সাহেবের রোগীদিগের অণ্ডাধার প্রভৃতি পরীক্ষা করেন এবং তিনিও ইহার পর তিনটি সূতিকাজ্বর-রোগী পান। অনেকে এই বিষয়টি অপ্রমাণ করিবার জন্য বিপরীত প্রমাণ প্রয়োগ করেন অর্থাৎ তাঁহারা বলেন যে এমন অনেক চিকিৎসক দেখা যায় যাঁহারা মৃতদেহ পরীক্ষা করেন অথচ তাঁহাদের অধীনে একটীও সূতিকাজ্বরগ্রস্ত রোগী দেখা যায় না। ইহাদ্বারা এই মাত্র প্রমাণ হয় যে ব্যবচ্ছেদকের হস্তে মৃতদেহের বিষ লাগিয়া থাকে না। তাহা অগ্রাহ্য করিবার কোনও কারণ দেখা যায় না। বার্ণিজ্ বলেন যে যেসকল ব্যক্তি সাধারণ পীড়ায় মারা পড়িয়াছে তাহাদের শব-ব্যবচ্ছেদে তত অনিষ্টের আশঙ্কা নাই। যাহারা সংক্রামক অথবা স্পর্শা-ক্রমক পীড়ায় মারা পড়িয়াছে তাহাদের শব-ব্যবচ্ছেদে অধিক অনিষ্ট হয়। ডাং প্লেফেয়ার্ বলেন যাহারা অন্তরুৎসেক্য পীড়ায় মারা পড়ে তাহাদের শব-ব্যবচ্ছেদে অধিক অনিষ্ট ঘটা সম্ভব। যাহাহউক এরূপ প্রভেদ করা তত সহজ নহে। ধাত্রী চিকিৎসকের পক্ষে শব-ব্যবচ্ছেদ কি মৃতদেহ পরীক্ষা না করাই সর্ব্বাপেক্ষা নিরাপদ।

বিবিধ প্রকারের এরিসিপেলাস্ বা বিসর্প রোগ হইতে এই ব্যাধি সংক্রা-

বিসর্পিকা বা এরি-সিপেলাস্ হইতে ব্যাধি সমাগম।

মিত হইতে পারে। শস্ত্র-চিকিৎসকেরা বহুকাল হইতে বিসর্প রোগের সহিত সপূযজ্বরের ঘনিষ্ঠ সম্বন্ধ নির্ণয় করিয়াছেন। বিসর্প রোগ যে সূতিকাবস্থায় পূতিজ্বর উৎপন্ন করিতে পারে তাহা যে চিকিৎসালয়ে শস্ত্রচিকিৎসার জন্য রোগী থাকে তথায় গর্ভিণীস্ত্রীলোক রাখিলে জানিতে পারা যায়। ট্রুসো সাহেব বলেন যে পারিসনগরে এরূপ ঘটনা ঘটিয়াছে। ডাং প্লেফেয়ার্ বলেন যে লণ্ডন নগরের

কিংস্‌কলেজ চিকিৎসালয়ের সূতিকাগার-বিভাগে ইহা ঘটিয়াছিল।

কিংস্-কলেজ নামক চিকিৎসালয়ের সূতিকাগার বিভাগে একবার এইরূপ ঘটনা হইয়াছিল। সেই সময় স্বাস্থ্য সংরক্ষার জন্য বিধি মতে চেষ্টা করা হইলেও মৃত্যু-সংখ্যা এত অধিক হয় যে অবশেষে সূতিকাগার বিভাগটি একেবারে বন্ধ করিতে হইয়াছিল। বিসর্প রোগের সহিত সূতিকাবস্থায় পূতি-জ্বরের যে বিশেষ সংস্রব আছে তাহা এই চিকিৎসালয়ে পুনঃ পুনঃ লক্ষিত হইয়াছে। ইহার মধ্যে শস্ত্রবিভাগে যেসকল রোগী থাকিত তাহাদের মধ্যে বিসর্প রোগ যত প্রবল হইয়াছিল ততই সূতিকাবিভাগে নবপ্রসূতিদিগের ভিতর পূতিজ্বর প্রবল হইয়া মৃত্যুসংখ্যাও অধিক হইয়াছিল। বিসর্প এবং পূতিজ্বর যে একই বিষ হইতে উৎপন্ন হয় তাহা একপ্রকার প্রমাণিত হইয়াছে। একজন স্ত্রীলোক প্রসবের পরই পূতিজ্বরে প্রাণত্যাগ করে, তাহার সন্তানকে ফর্সেপস্ দ্বারা প্রসূত করাতে সন্তানের কপোলে সামান্য আঁচড় লাগে, ঐ আঁচড় স্থানে বিসর্প রোগ হইয়া সন্তানটীও মারা পড়ে। সম্প্রতি ডাং লুম্ব-এট্‌হিল্ সাহেব আর একটি অদ্ভুত ঘটনার কথা উল্লেখ করেন। ১৮৭৭ খৃঃ অব্দে ৫ই ফেব্রুয়ারী তারিখে রোটাণ্ডাস্থ চিকিৎসালয়ে একজন বিসর্প রোগী আইসে, তৎকালে উক্ত চিকিৎসালয়ের অবস্থা অত্যন্ত স্বাস্থ্যপ্রদ ছিল। তাহার পরদিন রোগীটিকে তথা হইতে অন্যত্র পাঠান হয়। কিন্তু সেই রোগীটিকে যেখানে রাখা হইয়াছিল তাহার পার্শ্বস্থ গৃহে ১০ জন রোগীর মধ্যে ৯জনের সূতিকাবস্থায় পেরিটোনিয়াম্-প্রদাহ উপস্থিত হয়। ইহার মধ্যে কেবল একজন রোগী (যাহার গর্ভপাত হইয়াছিল) বাঁচিয়া যায়। বিসর্প রোগ এবং সূতিকাবস্থায় পূতিজ্বর এই উভয়ের যে নিকট সম্বন্ধ আছে তাহা কেবল সাধারণ চিকিৎসালয়েই যে জানা যায় এমত নহে, লোকের বাটীতে গিয়া

যাঁহারা চিকিৎসা করেন তাঁহারাও দেখিয়াছেন। ডাং মাইনর্ কতকগুলি ঘটনা সংগ্রহ করিয়াছেন এবং দেখাইয়াছেন যে ইউনাটেড্ ষ্টেট্স্ প্রদেশে এই দুই পীড়া একত্র প্রাদুর্ভূত হয়। সিন্ সিনেটাই নগরে সম্প্রতি যে সূতিকাজ্বরের প্রাদুর্ভাব হয় তাহাতে দেখা গিয়াছে যে যেসকল চিকিৎসক বিসর্প রোগ চিকিৎসা করিয়াছেন তাঁহাদেরই চিকিৎসাধীন রোগীর মধ্যে সূতিকাজ্বর হইয়াছে। আবার যাহারা সূতিকাজ্বরে মারা পড়িয়াছে তাহাদের সন্তানগুলি বিসর্প রোগে মারা যায়।

মার্কিন্ দেশে এই দুই পীড়ার সম্বন্ধ দেখা গিয়াছে।

অন্যান্য অন্তরুৎসেক্য পীড়ার সংস্পর্শ হইতে একপ্রকার রোগ হইতে দেখা যায়, ইহাকে সূতিকাবস্থায় পূতিজ্বর হইতে কোন প্রকার বিভিন্ন বলিয়া বোধ হয় না, কিন্তু যে অন্তরুৎসেক্য পীড়া হইতে ইহা উৎপন্ন হয় তাহার কোন লক্ষণ দেখা যায় না। ব্রিটিশ্ চিকিৎসকগণের মধ্যে অনেকেই এই মতটী বিশ্বাস করেন। ইউরোপে অন্যান্য প্রদেশের চিকিৎসকেরা ইহা বিশ্বাস করেন না এবং বিলাতের মধ্যেও কেহ কেহ এই সম্বন্ধে আপত্তি করেন। বস্তুতঃ পূতিজ্বরের যে মত প্রচলিত আছে তাহার সহিত ইহার সামঞ্জস্য করা বড় কঠিন এবং এই বিষয়ে আমরা কিছুই বলিতে পারি না। ডাং প্লেফেয়ার্ বলেন যে পূতিজ্বরের এরূপ উৎপত্তির সাপক্ষে যে সকল প্রমাণ আছে তাহা অগ্রাহ্য করিতে পারা যায় না।

অন্যান্য অন্তরুৎসেক্য পীড়া হইতে ব্যাধি সমাগম।

পূতিজ্বরের এরূপ উৎপত্তি অনেকে অবিশ্বাস করেন।

আরক্তজ্বর কিপ্রকার বিষ হইতে উৎপন্ন হয় এই বিষয়ে বহুতর গবেষণা করা হইয়াছে। ধাত্রীবিদ্যাবিষয়ক পুস্তকাবলীতেও এরূপ অনেক ঘটনার উল্লেখ আছে; কিন্তু "অবষ্টেটি ক্ট্রানজ্যাকৃশন্স্" নামক মাসিক পত্রের দ্বাদশ খণ্ডে ডাং ব্রাক্স্টন্ হিক্স্ সাহেব একটী প্রবন্ধ প্রেরণ করেন তাহাতে এরূপ ঘটনার এত অধিক উল্লেখ আছে যে অন্য কুত্রাপি তাহা পাওয়া যায় না। ইনি যেসকল ঘটনার উল্লেখ করিয়াছেন তাহা সমস্তই বিশ্বাসযোগ্য কারণ সত্য নির্ণয়ের ক্ষমতার জন্য ইহাঁর বিশেষ খ্যাতি আছে। সূতিকারোগগ্রস্ত ৩৮ জন রোগীর চিকিৎসার্থ ডাং হিক্স্ সাহেবকে পরামর্শ দিতে আহ্বান

ইহার সাপক্ষে প্রমাণ, আরক্ত জ্বর সংস্পর্শ হইতে পূতিজ্বরের উৎপত্তি।

করা হয়। ইহার মধ্যে অন্যূন ৩৭ জনের রোগ আরক্তজ্বরের বিষ হইতে উৎপন্ন হইয়াছে। আবার এই ৩৭ জনের মধ্যে ২০ জনের দেহে আরক্তজ্বরের রক্তবর্ণ গুটিকা বাহির হইয়াছেল, অবশিষ্ট ১৭ জনের একপ কিছুই হয় নাই বরং তাহাদের ব্যাধি অবিকল সূতিকাজ্বরের মতই হইয়াছিল। যদিও তাহারা আরক্তজ্বরের সংস্পর্শে আসিয়াছিল তথাপি তাহাদের এই পীড়ার কোন লক্ষণই ছিল না। কাহার কাহার মতে যেসকল ব্যাধি কোন বিশেষ বিষ হইতে উৎপন্ন হয় তাহাদের প্রকৃতি সূতিকাবস্থায় পরিবর্ত্তিত হইতে পারে না। একজন চিকিৎসক সূতিকাবস্থায় পূতিজ্বরাক্রান্ত ১৭ টী রোগী পান। ইহাদের প্রত্যেকেই আরক্তজ্বর বিষের সংস্পর্শে আইসে। কিন্তু যাঁহারা উক্ত মতাবলম্বী তাঁহারা বলেন যে উহা পূতিজ্বরের কারণ হইতে পারে না। পূতিজ্বর অন্য কারণ হইতে উৎপন্ন হইয়াছে তবে আরক্তজ্বরের সংস্পর্শ কাকতালীয়ন্যায়মাত্র। এই মতটী যে কতদূর অসঙ্গত তাহা আর বলিবার আবশ্যক নাই, কেবল উল্লেখ করাতেই উহা খণ্ডন করা হইল।

অন্যান্য অন্তরুৎসেক্য পীড়ার সংস্পর্শ হইতে রোগোৎপত্তি।

অন্যান্য অন্তরুৎসেক্য পীড়া হইতে রোগোৎপত্তি হইবার তত বিশেষ প্রমাণ নাই। ইহার কারণ এই যে এই সকল পীড়া তত অধিক হয় না। হিক্‌স্ বলেন যে একজন রোগীর ডিপ্‌থীরিয়া রোগ হইতে পূতিজ্বর হয়, কিন্তু তাহার ডিপ্‌থীরিয়া রোগের কোন লক্ষণ ছিল না। ডাং প্লেফেয়ার্ সম্প্রতি একজন স্ত্রীলোককে প্রসবের অল্পদিন পরেই পূতিজ্বরাক্রান্ত হইতে দেখেন। সেই সময়ে ইহার স্বামীর ডিপথীরিয়া রোগ হইয়াছিল। কিন্তু স্ত্রীলোকটীর ডিপ্‌থীরিয়ার কোন লক্ষণ ছিল না। এরূপ দৃষ্টান্ত দেখিয়া এই দুই রোগের যে বিশেষ সম্বন্ধ আছে তাহা অস্বীকার করা যায় না।

অন্তরুৎসেক্য পীড়ার প্রকৃতি সূতিকাবস্থায় সকল সময়ে পরিবর্ত্তিত হয় না।

সকল প্রকার অন্তরুৎসেক্য পীড়াদ্বারা নবপ্রসূতি আক্রান্তা হইতে পারে এবং এই সকল পীড়া সূতিকাবস্থায় হয় বলিয়া রোগের স্বধর্ম্ম বিশেষ বৃদ্ধি প্রাপ্ত হয় না। সম্ভবতঃ অধিকাংশ চিকিৎসকই এইরূপ ঘটনা দেখিয়া থাকিবেন কিন্তু কি জন্য ইহা ঘটে তাহা আমরা এক্ষণে বুঝাইতে পারি না। ভবিষ্যৎ অনুশীলন দ্বারা ইহা অধিক জানা যাইতে পারে।

ডাং প্লেফেয়ার্ বলেন যে সূতিকাবস্থায় অন্তরুৎসেক্য পীড়া হইলে কাহার কাহার ঐ পীড়ার লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে আবার কাহার কাহার লক্ষণ কিছুমাত্র না থাকিয়া কেবল ভয়ানক পুতিজ্বরের লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। কারণ যে পথ দিয়া উক্ত রোগের বিষ আচোষিত হয় সেই পথানুযায়ী রোগলক্ষণ প্রকাশ পায়। অন্ততঃ আমরা ইহা বুঝিতে পারি যে ঐ সকল অন্তরুৎসেক্য পীড়ার বিষ যদি ত্বক্ অথবা সাধারণ পথ দিয়া আচোষিত হয় তাহা হইলে যে রোগের বিষ প্রবেশ করিয়াছে তাহারই লক্ষণ স্পষ্ট প্রকাশ পায়। কিন্তু জননেন্দ্রিয়ের মধ্যে ক্ষত থাকিলে সেই ক্ষত দ্বারা যদি বিষ প্রবেশ করে তবে পুতিজ্বরের লক্ষণ প্রকাশ পায় অথবা রোগ এত ভয়ানক প্রবল হয় যে তাহার বিশেষ লক্ষণ প্রকাশ পায় না।

ইহার কারণ।

সূতিকাবস্থার পুতিজ্বর ও শস্ত্রচিকিৎসার পুতিজ্বর একপ্রকার হইলে যেসকল-রোগীকে শস্ত্রকর্ম্ম করা হইয়াছে তাহাদের দেহে অন্তরুৎ-সেক্য বিষ প্রবেশ করিলে ঐ বিষের কার্য্য পরিবর্ত্তিত হওয়া উচিত। কেহ কেহ এরূপ আপত্তি করেন। এই আপত্তি নিতান্ত অসঙ্গত বলিয়া বোধ হয় না। শস্ত্রচিকিৎসার সপূযজ্বর যে কোন বিশেষ বিষ হইতে উৎপন্ন হয় তদ্বিষয়ে আমরা এত অল্প জানি যে যদি কেহ এই মতাবলম্বী হন তাঁহাকে আমরা পরাস্ত করিতে পারি না। হল্ নগ-রের ফ্রিশ্ সাহেব এবং অন্যান্য জার্ম্মান চিকিৎসকগণ সম্প্রতি প্রমাণ করিয়া-ছেন যে সাধারণ সূতিকাচিকিৎসালয়ে বহুলপরিমাণে পচননিবারক উপায় অবল-ম্বন করিলে পীড়ার উক্তরূপ উৎপত্তি নিবারণ করা যায়। সার্ জেমস্ প্যাজেট্ তাঁহার "ক্লিনিক্যাল্ লেক্চার্স্" নামক পুস্তকে এই মতটি অনুমোদন করিয়াছেন। তিনি বলেন, "আমার মতে কোন কোন স্থলে শস্ত্রক্রিয়ার দুই তিন দিনের মধ্যে অস্পষ্ট লক্ষণযুক্ত যে রোগ দেখা যায় তাহা আরক্তজ্বরের বিষ হইতে উৎপন্ন হয় এবং কোন কারণবশতঃ ঐ বিষের স্বধর্ম্ম প্রকাশ পাইতে পারে না। মিঃ স্পেন্সার্ ওয়েল্স্ প্লেফেয়ার্‌কে বলেন যে তিনি আরক্তজ্বরের বিষ হইতে শস্ত্রক্রিয়ার সপূযজ্বর উৎপন্ন হইতে দেখিয়াছেন। অণ্ডাধার ছেদন করিয়া তিনি যে এত অধিক সুফল পাইয়াছেন তাহার কারণ এই যে তাঁহার রোগীগণের যাহারা শুশ্রূষা করে তাহাদিগকে কোন ক্রমেই সংক্রামক অথবা

শস্ত্রচিকিৎসার সপূয জ্বর এইরূপে উৎপন্ন হইতে পারে কি।

স্পর্শাক্রামক রোগের সংস্রবে আসিতে দেন না, এমন কি যাহারা তাঁহার রোগী দেখিতে যায় তাহাদিগকেও এই নিয়মের বশবর্ত্তী হইতে হয়।

পচা নর্দ্দমার গ্যাস এবং স্বাস্থ্য সংরক্ষার অনিয়ম।

পচা নর্দ্দমার দূষিত বায়ু দেহমধ্যে প্রবেশ করিলে এই রোগ নিশ্চয়ই উৎপন্ন হয়। কোন বাটীতে শয়ন গৃহের নিম্নে একটী নর্দ্দামা অনাবৃত থাকে, এইরূপ আর এক বাটীর স্নানাগারের নিম্নে ও আর এক বাটীর পাইখানার নীচে থাকে। এই তিন বাটীতেই যে ব্যাধি হইয়াছিল তাহা সূতিকাবস্থার সাধারণ পূতিজ্বর হইতে কিছুমাত্র বিভিন্ন নহে। এই কয়টি রোগীকে অন্তগৃহে রাখাতে তাহাদের আশু প্রতিকার হইয়াছিল। কয়েক বৎসর পূর্ব্বে ডাং প্লেফেয়ার্ নটিংহিল্ নগরে একজন রোগীকে দেখন। এই স্ত্রীলোকটি প্রসব হইবার এক সপ্তাহের মধ্যে ভয়ানক পূতিজ্বরে আক্রান্ত হয়, কিন্তু ইহার ডিপ্থিরীয়ার কোন লক্ষণ ছিল না, আর তাহার স্বামী ডিপ্থিরীয়া রোগাক্রান্ত হইয়া পার্শ্ব প্রকোষ্ঠে বাস করিতেছিল। এই বাটির স্নানাগারে ব্যবহৃত জল নিঃসৃত হইবার যে নল ছিল ঐ নলটি একটি পচা নর্দ্দমার সহিত সংলিপ্ত ছিল। উক্ত রোগী যদিও অত্যন্ত পীড়িতা ছিল তথাপি ডাং প্লেফেয়ার্ তাহাকে আর একটী বাটীতে পাঠান এবং সেই মুহূর্ত্ত হইতে তাহার রোগের উপশম হইতে লাগিল। এইরূপ আরও দুই জন রোগীর ঠিক্ ঐ কারণে রোগ উপস্থিত হয় এবং ইহাদিগকেও স্থানান্তর করাতে তাহাদের রোগের শান্তি হয়। ডাং প্লেফেয়ার্ এইরূপ আরও তিনটী ঘটনার কথা বলেন ইহাদের রোগের উৎপত্তি পচানর্দ্দমার দূষিতবায়ু হইতে হয়, কিন্তু ইহাদিগকে স্থানান্তর না করাতে সকলেই মারা পড়ে। ফ্র্যাঙ্কেন্হসার্ বলেন যে চারিটি স্ত্রীলোকের সূতিকাবস্থায় স্বাস্থ্য সংরক্ষার নিয়ম প্রতিপালিত না হওয়ায় যে কত অনিষ্ট ঘটিয়াছিল তাহা বলা যায় না।

প্রসবকালে আবাস গৃহে যাহাতে দূষিত বায়ু এবং গলিত ও পূতিগন্ধময় পদার্থ না থাকে তদ্বিষয়ে একটু অধিক যত্নশীল হওয়া নিতান্ত আবশ্যক। ডাং প্লেফেয়ার্ বলেন যে সূতিকাবস্থায় যে সকল গুরুতর পীড়া উপস্থিত হয় এবং যাহাদের উৎপত্তি অন্য কোন প্রকারে নির্ণয় করা না যায়, তাহারা যে এই প্রকার দূষিত বায়ু প্রভৃতি হইতে উৎপাদিত হয় তাহাতে কিছুমাত্র সংশয় নাই।

একজন সূতিকা রোগী হইতে অপরের দেহে রোগ সংক্রমণ।

সূতিকাবস্থায় পুতিজ্বরাক্রান্ত রোগীর দেহ হইতে দূষ্য পদার্থ অপরের দেহে যাইতে পারে। রোগসংক্রমণের এই উপায়টি সম্প্রতি লক্ষিত হইয়াছে। সাধারণ সূতিকাচিকিৎসালয়ে সময়ে সময়ে যে এই রোগ অত্যন্ত বিস্তৃত হইয়া পড়ে, তাহা যে এই কারণেই হয়, তাহাতে সন্দেহ নাই। এই সকল চিকিৎসালয়ের চতুষ্পার্শ্বে যে কোন প্রকার বিষাক্ত বায়ু সঞ্চালিত হয়, তাহা অনুমান করিবার কোন আবশ্যকতা নাই। কারণ একজন রোগীর দেহ হইতে অপরের দেহে দূষ্য পদার্থ সংক্রামিত হইবার সহস্র উপায় আছে; যথা—ধাত্রী অথবা পরিচারকগণের হস্ত, স্পঞ্জ, মলত্যাগ করিবার পাত্র, শয্যার চাদর এবং এমন কি বায়ুদ্বারাও ঐ পদার্থ চতুর্দ্দিকে চালিত হইতে পারে।

যাহারা রুগ্ন হইয়া নিজের বাটীতেই থাকে, তাহাদের রোগও এক জনের দেহ হইতে অপরের দেহে সংক্রামিত হয়। এরূপ অনেক শোচনীয় ঘটনার উল্লেখ দেখা যায়। সম্প্রতি অবষ্টেট্রিক্ সোসাইটি নামক সভায় যে তর্কবিতর্ক হয়, তাহাতে একজন চিকিৎসক বলেন যে, তাঁহার ১৪ জন রোগীর মধ্যে ৫ জনের মৃত্যু হয়। তৎকালে তত্রত্য অন্য কোন চিকিৎসকের অধীনে এইরূপ রোগী একটিও ছিল না। বিগত শতাব্দির শেষ ভাগে গর্ডন্ সাহেব রোগের এইরূপ উৎপত্তির কথা বলিয়া গিয়াছেন। তিনি বলেন যে তিনি স্বয়ং এই রোগ এক জনের দেহ হইতে অপরের দেহে অনেকবার সংক্রামিত করিয়াছেন এবং অনেক ধাত্রীও এরূপ করিয়াছে।

কোন কোন স্থলে এই রোগবিষ যেরূপ অদ্ভুতভাবে ব্যক্তিবিশেষ দ্বারা একের দেহ হইতে অপরের দেহে চালিত হইয়াছে, তাহা জানিলে বোধ হয় যে, রোগীর পরিচারকের দেহ ঐ বিষ দ্বারা সম্পূর্ণরূপে আক্রান্ত হইয়া থাকে। ফিলাডেল্‌ফিয়া নগরের ডাং রাটার্‌ দ্বারা এই বিষ যেরূপে সংক্রামিত হইয়াছিল, তাহা অত্যন্ত বিস্ময়জনক এবং তাহা লইয়া বিস্তর আন্দোলন হইয়াছে। সূতিকাবস্থায় পূতিজ্বরের ৪৫ টি রোগী তিনি এক বৎসরে চিকিৎসা করেন, কিন্তু সেই সময়ে অন্য কোন চিকিৎসকের অধীনে এরূপ একটিও রোগী ছিল না। তিনি একাকী এইরূপে বিষ সংক্রামিত করিতেছেন জানিয়া দশ দিনের জন্য নগর পরিত্যাগ করেন এবং আর কোন প্রসূতির চিকিৎসা করিবার পূর্ব্বে

মস্তক মুণ্ডন করিয়া পরচুলা ধারণ করেন, গরম জলে স্নান করেন এবং পরি-ধেয় বস্ত্রাদি সম্পূর্ণ পরিবর্ত্তন করেন। এমন কি, পূর্ব্বে যে সকল দ্রব্য তিনি একবার ব্যবহার করিয়াছেন, তাহার কিছুই আর গ্রহণ করেন নাই; কিন্তু এত সাবধানতার ফল কি হইল? তিনি যে স্ত্রীলোকটিকে প্রসব করাইতে যান, সে যদিও সহজে প্রসব করিয়াছিল, তথাপি পরদিবসেই তাহার সূতিকা-জ্বর হয় এবং সন্তান ভূমিষ্ঠ হইবার ১১ দিবসে তাহার মৃত্যু হয়। ইহার দুই বৎসর পরে তিনি আর একবার উক্ত প্রকার সাবধানতা অবলম্বন করিয়া একটি প্রসূতিকে দেখিতে যান। এই দুর্ভাগ্যবতী স্ত্রীলোকটিও ঐরূপ পীড়ায় মরা পড়ে। মীগ্‌স্ সাহেব এইরূপ ঘটনা সম্বন্ধে বলেন যে, এ সকল স্থলে চিকিৎসক স্বয়ং বিষ বহন করেন না বটে, কিন্তু বিধাতার অচিন্তনীয় নিয়মা-ধীনে তিনি এই রোগের হেতুভূত হইয়া থাকেন। পরে জানা গেল যে, ডাং রাটার এক প্রকার পিনস্ (ওজীনা) রোগে আক্রান্ত ছিলেন, সুতরাং স্পষ্টই বুঝা যাইতেছে যে, তিনি সহস্র চেষ্টা করিয়াও পচনশীল পদার্থ দূরীভূত করিতে পারেন নাই। (১) এই ঘটনা দ্বারা বেশ বুঝা যাইতেছে যে, রোগ-বিষ সংক্রমিত হইবার এরূপ উপায় আছে, যাহা শীঘ্র বুঝা যায় না, অথবা জানা গেলেও সহজে নিবারণ করা যায় না। এই বিষয়টি স্মরণ থাকিলে এরূপ অনেক ঘটনার কারণ বুঝা যাইতে পারে। সম্ভবতঃ এরূপ স্থলে চিকি-ৎসকের নিজের কোন দোষ থাকায় রোগ দেশব্যাপী হইয়া পড়ে। এখন জানা গেলে যে, রোগবিষ বিবিধ কারণে উৎপন্ন হইতে পারে। এক্ষণে কি প্রণালীতে এই বিষ একের দেহ হইতে অপরের দেহে যায় বা যাইতে পারে, তাহার বিষয়ে কিছু বলা আবশ্যক।

---

(১) ডাং রাটারের একজন সমসাময়িক চিকিৎসকের নিকট হইতে এই বিষয় জানা যায় (আমেরিক্যান্ জার্ণাল্ অফ্ মেডিক্যাল্ সায়েন্স্ নামক মাসিক পত্রের এপ্রিল, ১৮৭৫ সংখ্যার পৃঃ ৪৭৪ দেখ) এই মাসিক পত্র হইতে ডাং হারিস্ তাঁহার পুস্তকে এই বিষয়টি উদ্ধৃত করেন। ডাং রাটারের বহুকালাবধি পিনস্ রোগ থাকায় তাঁহার নাসিকা দেখিতে কদর্য্য হইয়া যায়। তিনি একজন রোগীর দেহ হইতে নিজের তর্জ্জনীতে বিষসংক্রমণ করেন বলিয়া তাহার তর্জ্জনীতে একটি সপূয গুটিকা হয়। তিনি ইহা তাচ্ছীল্য করেন। ৪ বৎসর ১ মাসের মধ্যে তিনি সূতিকাবস্থায় পুতিজ্বরের ৯৫টি রোগী পান, ইহার মধ্যে ১৮জনের মৃত্যু হয়। সূতিকাবস্থায় প্রদাহ যে স্পর্শাক্রামক রোগ, তাহা ডাং মীগ্‌স্ সাহেব স্বীকার

সূতিকাবস্থায় পূতিজ্বরের উৎপত্তিসম্বন্ধে যাহা বলা গেল, তাহা প্রকৃত ঘটনা দেখিয়া সঙ্গত বলিয়াই বোধ হয়। রোগবিষ যে কোন প্রকারেই উৎপন্ন হউক না কেন, প্রসূতির জননে- ন্দ্রিয়ের ক্ষতস্থানের সংস্পর্শে না আসিলে কখনই তাহার দেহে আচোষিত হইতে পারে না। প্রসূতির দেহে বিষ আসিবার এক উপায় চিকিৎসকের হস্ত। ইহা যে সম্ভব এবং ইহা দ্বারা যে অনেক শোচনীয় ঘটনা হইয়াছে, তাহাতে আর সন্দেহ নাই। কিন্তু বিষ সংক্রামিত হইবার যে ইহাই একমাত্র উপায়, তাহা বলা অন্যায়। যাঁহারা নগরে চিকিৎসা করেন, তাঁহারা জানেন যে, তথায় বিষ সংক্রামিত হইবার বিবিধ উপায় আছে। ধাত্রী দ্বারাই বিষ সংক্রামিত হইবার অধিক সম্ভাবনা। বিশেষতঃ ধাত্রী পচনশীল দ্রব্যের সংস্পর্শে আসিলে ঐ বিষ সংক্রামিত হইবার আরও অধিক সম্ভাবনা। কারণ, প্রসবের পরই ধাত্রীকে প্রসূতির জননেন্দ্রিয় ধৌত করিতে হয় এবং ঐ সময়েই বিষ আচোষিত হইবার অত্যন্ত সুযোগ হয়। সুতরাং চিকিৎসকের অপেক্ষা ধাত্রী দ্বারাই বিষ অধিক ব্যাপ্ত হয়। বার্ণিজ্ বলেন যে, লণ্ডনের কোন উপনগরে বিভিন্ন চিকিৎসকের অধীন এইরূপ অনেক ঘটনা হয়, কারণ একই ধাত্রী এই সমস্ত রোগীর শুশ্রূষার জন্য নিযুক্ত ছিল। আবার বস্ত্র, স্পঞ্জ্ প্রভৃতি পদার্থ দ্বারা পচনশীল পদার্থ বহির্গত হইতে পারে। কোন ধাত্রী অনবধানতাবশতঃ একবার ব্যবহৃত এক খণ্ড স্পঞ্জ্ ভালরূপ ধৌত না করিয়া অপরের জন্য ব্যবহার করিলে ঐ স্পঞ্জে যে সকল স্রাব ছিল, তাহা তন্মধ্যে পচিয়া থাকায় দ্বিতীয় ব্যক্তির দেহে অনায়াসে বিষ চালিত করিতে পারে। ডাং প্লেফেয়ার্ বলেন যে, বায়ু দ্বারা বিষ চালিত হওয়াও বিচিত্র নহে। বড় বড় সাধারণ সূতিকা-চিকিৎসালয়ে অনেক প্রসূতি একত্র থাকায় এই উপায়ে বিষ চালিত হইয়া থাকে। পচনশীল পদার্থটি কিরূপ, তদ্বিষয়ে যে মতই কেন স্বীকার করা যাক্ না, উহা যে অত্যন্ত সূক্ষ্মাবস্থায় থাকে, তাহা নিশ্চিত ; সুতরাং উহা বায়ুদ্বারা চালিত হওয়াও কিছু আশ্চর্য্যের বিষয় নহে।

যে প্রকারে বিষ রোগীর দেহে সংক্রামিত হয়।

করিতেন না। সুতরাং তিনি বিদ্রূপচ্ছলে বলিতেন, "ডাং রাটার্ সাহেব স্বয়ং কি কোন প্রকার বিষ উৎপন্ন করিয়া সঙ্গে লইয়া ফিরিতেন।"

সূতিকাবস্থায় পুতিজ্বরের অথবা কোন অন্তরঙ্গসেক্য পীড়ার অথবা দুর্গন্ধময় স্রাবের বিষসংস্পর্শে যাহারা আইসে, তাহাদের কি কর্ত্তব্য, তাহা স্থির করা আবশ্যক। যিনি ধাত্রী-চিকিৎসা ব্যবসা করেন, তাঁহাকে এইরূপ বিষসংস্পর্শে প্রায়ই আসিতে হয় এবং ডাং ডানক্যান্ বলেন যে, যখনই এইরূপ সংস্পর্শে আসিতে হইবে তখন হইতেই যে আর কোন প্রসূতির চিকিৎসা তিনি করিতে পারিবেন না, তাহাও যুক্তিসঙ্গত নহে। আজকাল পচননিবারক ঔষধির যেরূপ প্রচার হইয়াছে, তাহাতে এরূপ করিবার কোন প্রয়োজন নাই। যখন এই সকল ঔষধির ব্যবহার ছিল না, তখন অবশ্য এরূপ করা কর্ত্তব্য ছিল; কিন্তু আজকাল সাবধান হইলে এবং রীতিমত প্রতিকার করিতে পারিলে, এমন কোন বিষই নাই যাহা নষ্ট করিতে না পারা যায়। এই প্রকার দূষিত পদার্থ হইতে যে, বিপদ ঘটিতে পারে, তাহা না জানায় এবং কাজেকাজেই প্রতিকারের চেষ্টা না করায় রোগ এত বিস্তৃত হয় এবং এত অনর্থ ঘটে। সুতরাং এই সকল বিষয়ে অতিরিক্ত সাবধান হওয়া যে কতদূর কর্ত্তব্য, তাহা এক মুখে বলা যায় না। অন্তর সংক্রামক রোগগ্রস্ত ব্যক্তির চিকিৎসা করিবার সময় চিকিৎসক বাম হস্তে তাহাকে স্পর্শ করিবেন। ইহা অভ্যাস করা নিতান্ত কর্ত্তব্য এবং অন্য প্রকার রোগী দেখিবার সময় ঐ হস্ত ব্যবহার না করিয়া দক্ষিণ হস্ত দ্বারা স্পর্শ করা উচিত। ধাত্রী চিকিৎসার কৌশলাদি অবলম্বন করিতে প্রায় দক্ষিণ হস্তই ব্যবহার হয়; সুতরাং দক্ষিণ হস্ত কেবল ঐ কার্য্যের জন্যই রাখিতে হয়। টীং আইওডীন, কারবলিক্ এসিড, কণ্ডিজ্ ফ্লুইড্ প্রভৃতি পচননিবারক দ্রব্য দ্বারা হস্ত ধৌত করা তাঁহার পক্ষে সর্ব্বতোভাবে কর্ত্তব্য এবং এরূপ রোগী দেখিয়া গিয়া বস্ত্র পরিবর্ত্তন করাও বিশেষ প্রয়োজন। রোগীর সংস্পর্শে যে দ্রব্যাদি আনিত হয়, তৎসমস্তের পরিচ্ছন্নতার প্রতি শুশ্রূষাকারিণীদিগের বিশেষ দৃষ্টি থাকা আবশ্যক। যে স্থলে চিকিৎসককে স্বয়ং সর্ব্বদা পুতিজ্বর-রোগীর নিকট উপস্থিত থাকিতে হয়, বিশেষতঃ যথায় তাঁহাকে নিজে রোগীর জরায়ু, পচননিবারক ঔষধি দ্বারা ধৌত করিতে হয়, তথায় তাঁহার পক্ষে অন্য স্ত্রীলোক প্রসব করান কর্ত্তব্য নহে। তখন অন্য কোন চিকিৎসক

সূতিকাবস্থায় পীড়া সম্বন্ধে চিকিৎসকের কি কর্ত্তব্য।

পচননিবারক উপায় অবলম্বন করিবার আবশ্যক।

জানাই যুক্তিসিদ্ধ। তবে যেসকল গর্ভিণীর যোনি-পরীক্ষা করিতে না হইবে, তাহাদিগকে দেখিতে কোন আপত্তি নাই।

পুতিজ্বরের প্রতিষেধক উপায়। পুতিজ্বরের উৎপত্তি ও সংক্রামকতাসম্বন্ধে যে সকল মত ব্যক্ত করা গেল, তাহা প্রকৃত হইলে এই রোগের প্রতিষেধক উপায় বাহির করা কঠিন হয় না। সুতিকাবস্থায় স্ত্রীলোকদিগকে পচনশীল পদার্থ হইতে সম্পূর্ণরূপে রক্ষা করা অসম্ভব। ইউরোপের বিভিন্ন প্রদেশস্থ এবং ইংলণ্ডের কোন কোন সাধারণ সুতিকা-চিকিৎসালয়ে যাহাতে রোগ ব্যাপ্ত না হয়, তজ্জন্য কঠোর নিয়ম করা হইয়াছে এবং তথায় পরিচারকগণের হস্ত অথবা বস্ত্র কি গাত্র-মার্জ্জনী দ্বারা যাহাতে রোগবিষ চালিত না হইতে পারে, তজ্জন্যও কঠোর নিয়ম আছে এবং অনেকে বলেন যে, ইহা দ্বারা অনেক সুফল হইয়াছে। যথায় বহুসংখ্যক প্রসূতি ও গর্ভিণী একত্র বাস করে, সেখানে রোগবিষ সংক্রামিত হইবার অধিক সম্ভাবনা বলিয়া এই প্রকার সতর্কতা অবলম্বন করিবার বিশেষ আবশ্যকতা আছে। কিন্তু কিরূপ সতর্কতা অবলম্বন করা উচিত, তাহা এ স্থলে সবিস্তার বলিবার আবশ্যকতা নাই। কারণ হাঁসপাতাল ব্যতীত অন্য স্থানের রোগীদিগের পক্ষে ঐরূপ সতর্কতা ফলদায়ী নহে। তবে এমন কতকগুলি সাধারণ নিয়ম আছে, যাহা অনায়াসে সকলেই অবলম্বন করিতে পারেন, অথচ তদ্দ্বারা পচনশীল পদার্থ ঘটিত অনিষ্টসম্ভাবনা কম হয়। কোন রোগী দেখিবার অথবা তাহার জননেন্দ্রিয় স্পর্শ করিবার পূর্ব্বে চিকিৎসক ও ধাত্রীর উচিত যে, ১ ভাগ কার্বলিক্ এসিড্ ও ১৯ ভাগ জল-মিশ্রিত লোশন্ দ্বারা হস্ত ধৌত করেন। ফর্সেপ্‌স্, মূত্রশলকা এবং অঙ্গুলি সকলে ১ ভাগ কার্বলিক এসিড্ ও সাত ভাগ তৈলের মিশ্রণ মাখাইয়া লওয়া কর্ত্তব্য। যোনিদ্বার প্রত্যহ সকাল সন্ধ্যায় জলমিশ্র কণ্ডিস্ ফ্লুইডের পিচকারী দেওয়া আবশ্যক। শয্যা-বস্ত্র, গাত্রমর্জ্জনী প্রভৃতি যাহাতে বিশেষ পরিষ্কার থাকে, সে বিষয়ে মনোযোগ করা নিতান্ত উচিত। এতদূর সাবধান হওয়া কাহার কাহার নিকট অনাবশ্যক বিবেচিত হইতে পারে বটে, কিন্তু এরূপ সাবধানী ব্যক্তিরা বিপদ বুঝিতে পারিয়াই তাহা নিরাকরণ করিতে চেষ্টা করেন। এই নিয়মটি ধাত্রীদিগের মধ্যে অধিক প্রচলিত হইলে পচনশীল পদার্থ দ্বারা অনিষ্টসংখ্যা কম হয়।

পচনশীল পদার্থের প্রকৃতিবিষয়ে যদিও অনেক জানা গিয়াছে এবং ভবিষ্যতে অধিক জানিবার আশা আছে, তথাপি ইহার যথার্থ স্বরূপ সম্বন্ধে স্থিরসিদ্ধান্ত করা কঠিন। এই রোগের সহিত ব্যাক্‌টীরিয়া প্রভৃতি সূক্ষ্ম জীবাণুগণের কি সম্বন্ধ, তাহাও নির্ণয় করা সহজ নহে। হিবার্গ, ভন্ রেক্‌লিংহোসেন্ ইবার্ প্রভৃতি নিদানবিদ্‌গণ আজ কাল গবেষণা দ্বারা স্থির করিয়াছেন যে, সূতিকাবস্থায় পূতিজ্বর, শস্ত্রজ্বর, বিসর্পিকা প্রভৃতি সংক্রামক পীড়ায় মাংসপেশী ও যোজক উপাদান-সূত্র ভেদ করত, লসিকা নাড়ী মধ্য দিয়া গেলে কোষনির্ম্মিত বহুসংখ্যক ব্যাক্‌টীরিয়া রক্তমধ্যে প্রবেশ করে এবং বিভিন্ন আভ্যন্তরিক কোষ্ঠ ও পূযাদি স্রাবে দেখিতে পাওয়া যায়। বৈজ্ঞানিক গবেষণা দ্বারা এই সকল স্থির হওয়ায় বিশেষ উপকার সাধিত হইয়াছে। কারণ বহুকালাবধি উক্ত বিভিন্ন রোগ সকলের পরস্পর যে সম্বন্ধ কথিত হইয়া আসিতেছে, তাহা দৃঢ়ীকৃত হইল। এখন নিশ্চয়ই জানা গেল যে, এই সকল সূক্ষ্ম জীবাণুর সহিত ঐ সমস্ত রোগের নিকটসম্বন্ধ আছে; কিন্তু ঐ জিবাণুগুলিই পচনশীল পদার্থের কার্য্য করে, অথবা তাহারা পচনশীল পদার্থ বহন করে, কিম্বা তাহারা সপূয জ্বরপ্রণালীর কোন কারণে অকস্মাৎ উদ্ভূত হয়, তাহা আমাদের বর্ত্তমান জ্ঞান অনুসারে বলা অসম্ভব। সুতরাং এই সকল আনুমানিক বিষয় ত্যাগ করিয়া যাহাতে চিকিৎসা সুগম হয়, এমত বিষয় বলা যাইতেছে। অনুমান দ্বারা আজ যাহা সত্য বিবেচিত হইয়াছে, কাল তাহা অসত্য প্রমাণ হইতে পারে।

পচনশীল বিষের প্রকৃতি।

বিষব্যাপ্তির পথ।

পচনশীল পদার্থ যে পথ দিয়া দেহমধ্যে ব্যাপ্ত হইতে পারে, তাহা বর্ণনা করিতে গেলে প্রথমে উহা যেসকল উপাদানের সংস্পর্শে আইসে, তাহাতে কিরূপ পরিবর্ত্তন হয় এবং কিরূপে উহা সমগ্র দেহ বিষাক্ত করে, তাহাই বর্ণনা করা আবশ্যক। সুতরাং এখানে নিদানসম্মত পরিবর্ত্তনের বিষয় বলা যাইতেছে।

বিষ আচোষিত হইলে যে সকল স্থানিক পরিবর্ত্তন হয়।

বিষ আচোষিত হইলে যেসকল স্থানিক পরিবর্ত্তন ঘটে, তাহা সকল স্থলেই একই প্রকার হয়। শবব্যবচ্ছেদ করিবার সময় যে অস্ত্র ব্যবহার করা যায়, তদ্দ্বারা ব্যবচ্ছেদকের অঙ্গের কোন স্থান কাটিয়া গেলে ঐ স্থানে যেসকল পরিবর্ত্তন

হয়, দেহের যে স্থান দিয়া পচনশীল পদার্থ প্রবেশ করে, তথায়ও ঠিক সেই রকম পরিবর্ত্তন হইয়া থাকে। স্থানিক পরিবর্ত্তনের স্পষ্ট চিহ্ন যে, সকলেরই উপস্থিত থাকিবে, এমত নহে। যথায় পচনশীল পদার্থ বহু পরিমাণে এবং অতি সত্বর আচোষিত হয়, তথায় অল্পদিনের মধ্যে ভয়ানক গুরুতর লক্ষণ প্রকাশ পাইয়া মৃত্যু হইয়া থাকে। সুতরাং এরূপ স্থলে যে পথ দিয়া বিষ প্রবেশ করিয়াছে, তথায় অথবা সমগ্র দেহে স্থানিক পরিবর্ত্তন হইবার সময় থাকে না। সূতিকাবস্থায় পুতিজ্বর যখন হাঁসপাতালে অধিক প্রাদুর্ভূত হয়, তখন ইহা দ্বারা এত শীঘ্র মৃত্যু হয় যে, মৃতদেহে কোন লক্ষণ স্পষ্ট দেখা যায় না, এই বিষয় অনেকবার প্রমাণিত হইয়াছে। এই প্রকার ভয়ানক পুতিজ্বর হইলে মৃতদেহে যে কিছুই দেখা যায় না, তাহা নহে; রক্তের পরিবর্ত্তন, দৈহিক উপাদানের অপকৃষ্টতা প্রভৃতি দেখিতে পাওয়া যায় বটে, কিন্তু এসকল সাধারণ পরীক্ষা দ্বারা জানা যায় না। অধিকাংশ স্থলে যে পথ দিয়া বিষ আচোষিত হয়, তথায় পীড়ার লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। নিদানবেত্তাগণ বলেন যে, ফ্লেগ্‌মোনাস্ এরিসিপেলাস্ (বিসর্প) রোগে প্রদাহজনিত যেরূপ শোথ হয়, এরোগের স্থানিক লক্ষণও সেইরূপ। জরায়ুগ্রীবা অথবা যোনির কোন স্থান ছিন্ন থাকিলে ঐ ছিন্ন স্থানের উভয় পার্শ্ব স্ফীত হয় এবং তাহাতে ডিপ্‌থিরিয়া রোগের ঝিল্লীর মত হরিদ্রাবর্ণ একটি আবরণ হয়। জরায়ু-অভ্যন্তরের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীও প্রায় পরিবর্ত্তিত হয়। কিন্তু এই পরিবর্ত্তন পচন-পদার্থের পরিমাণ ও তীব্রতা অনুসারে ন্যূনাধিক হইয়া থাকে। জরায়ু-অভ্যন্তরে ভয়ানক প্রদাহের (এণ্ডোমেট্রাইটিস্) লক্ষণ দেখা যায় এবং সচরাচর জরায়ুর সমস্ত ঝিল্লীই সম্পূর্ণ পরিবর্ত্তিত, কোমল এবং স্থানে স্থানে ডিপ্‌থিরিয়া রোগের ন্যায় এক প্রকার ঝিল্লীদ্বারা আবৃত থাকে; সংক্ষেপতঃ সমগ্র ঝিল্লীটি পচিয়া উঠে। রোগ অত্যন্ত গুরুতর হইলে জরায়ুর পৈশিক উপাদান পর্য্যন্ত পরিবর্ত্তিত হয়। তখন পেশীসূত্র সকল স্ফীত, কোমল, অল্প সঙ্কুচিত এবং এমন কি প্রায় মৃত হইয়া থাকে। হীবার্গ্ সাহেব এই অবস্থাকে হস্‌পিটাল্ গ্যাঙ্গি ন্ রোগের অনুরূপ বলিয়া থাকেন। জননেন্দ্রিয়ের চতুষ্পার্শ্বস্থ যোজক উপাদানও স্ফীত ও শোথযুক্ত হয় এবং এইরূপে প্রদাহ পেরিটোনিয়াম্ পর্য্যন্ত ব্যাপ্ত হইতে পারে।

এই সকল পরিবর্ত্তন সর্ব্বত্র উপস্থিত থাকে না।

স্থানিক পরিবর্ত্তনের প্রকৃতি যেরূপ সচরাচর দেখা যায়।

পূতিজ্বরে যে পেরিটোনিয়াম্‌ প্রদাহ হইতে দেখা যায়, তাহা কেবল এইরূপেই হয় না। সচরাচর ইহা গৌণ লক্ষণ হইয়া থাকে।

যে যে পথ দিয়া সমগ্র দেহ বিষাক্ত হয়।

লসিকা নাড়ী এবং বড় বড় শিরা-খাত দ্বারা সমগ্র দেহে বিষ সঞ্চারিত হয়। ইহার মধ্যে লসিকা নাড়ী দ্বারাই বিষ অধিক সঞ্চারিত হয়। আজ কাল গবেষণা দ্বারা জানা গিয়াছে যে, বস্তিগহ্বরে যে সকল অন্তঃকোষ্ঠ থাকে, তাহাদের সহিত বহুসংখ্যক লসিকা নাড়ী আছে এবং তাহারা অত্যন্ত জটিলভাবে বিন্যস্ত থাকে। পচনশীল পদার্থ আচোষিত হইবার চিহ্ন এই লসিকা নাড়ীমধ্যে প্রায়ই দেখিতে পাওয়া যায়। তবে পূর্ব্বে যে সকল গুরুতর ঘটনার উল্লেখ করা গিয়াছে, সেই সকলে মৃত্যুর পর স্পষ্ট কোন চিহ্ন দেখা যায় না।

লসিকা নাড়ী দ্বারা বিষ আচোষণ।

যোজক উপাদানের চতুর্দ্দিকে যে সকল লসিকা স্থান (লিম্ফ্‌ স্পেস্‌) দেখা যায়, তথা হইতে পচনশীল বস্তু লসিকা নাড়ী মধ্যে আচোষিত হইয়া নিকটস্থ গ্রন্থিতে চালিত হয়। গ্রন্থিমধ্যে বিষ প্রবেশ করিলে গ্রন্থির আবরক ঝিল্লীর প্রদাহ হয় এবং গ্রন্থিমধ্যে সমবরোধন ঘটে। গ্রন্থি কাটিলে তন্মধ্যে পূয ও নবনীতের মত এক প্রকার পদার্থ দেখা যায়। ভির্কৃ সাহেব প্রমাণ করিয়াছেন যে, লসিকা নাড়ী ও গ্রন্থিমধ্যে প্রদাহজনিত যে সকল পরিবর্ত্তন হয়, তদ্দ্বারা সমগ্র দেহে বিষ সঞ্চারিত হইতে বিলম্ব ঘটে, সুতরাং দেহ সংরক্ষণই ইহার উদ্দেশ্য। কখন কখন এই সকল স্থানিক পরিবর্ত্তন মাত্র হইয়াই বিষ নষ্ট হইয়া যায়। হীবার্গ্‌ সাহেব বলেন যে, এই সকল স্থলে সপূয জ্বর প্রকাশ হইতে পায় না। আবার অনেক সময়ে বিষের তীব্রতা ও পরিমাণ এত অধিক হয় যে, কেবল স্থানিক পরিবর্ত্তন সংঘটন করিয়াই উহা নষ্ট হয় না। তখন বিষ লসিকা-নাড়ী ও গ্রন্থি দ্বারা থোরেসিক্‌ ডাক্‌ট্‌ বা বক্ষগহ্বরস্থ লসিকা-প্রণালীতে প্রবেশ করে ও এখান হইতে শোণিতস্রোতে মিশিয়া সমগ্র দেহ বিষাক্ত করে। বিষ এই প্রণালীতে আচোষিত হয় বলিয়া এবং লসিকা-গ্রন্থিতে উহা প্রায় আবদ্ধ হইয়া যায় বলিয়া অনেক স্থলে থাকিয়া থাকিয়া রোগবৃদ্ধি হইতে দেখা যায়। বিষের উৎপত্তিস্থান হইতে আবার নূতন বিষ উৎপন্ন ও আচোষিত হওয়াতেই রোগ উত্তরোত্তর বৃদ্ধি পাইয়া

শিরাদ্বারা বিষ আচোষণ।

থাকে। দেস্পিনী সাহেব বলেন, যে সকল স্থলে রোগ অত্যন্ত প্রবল এবং প্রসবের অল্প দিনের মধ্যেই সাংঘাতিক হইতে দেখা যায়, তথায় জরায়ুস্থ শিরা দ্বারা বিষ আচোষিত হয়। এই পথদিয়া বিষ প্রবেশ করিলে অতিসত্বর রক্তের সহিত মিলিত হয় ও শীঘ্রই প্রাণনাশ করে। সুতরাং লসিকা নাড়ী দ্বারা প্রবিষ্টবিষ ধীরে ধীরে দৈহিক রক্তস্রোতে মিলিত হইয়া যে সকল স্থানিক পরিবর্ত্তন ঘটায় ইহাতে সেই পরিবর্ত্তন হইবার সময় থাকে না। কিন্তু ইহা স্পষ্টই প্রতীয়মান হইতেছে যে শিরা দ্বারা বিষ সহজে প্রবেশ করিতে পারে না; কারণ প্রসবের পরই শিরা মুখ সকল সমবরোধন দ্বারা বন্ধ থাকে, নচেৎ রক্তস্রাব হয়। তবে প্রসবের পর জরায়ু উত্তমরূপে সঙ্কুচিত না হইলে শিরা খাত সকলের মুখ উত্তমরূপে বন্ধ হইতে পারে না; সুতরাং তদ্দ্বারা অনায়াসে বিষ আচোষিত হয়। কোন কোন গ্রন্থকর্ত্তা বলেন যে, প্রসবের পর জরায়ু উত্তমরূপে সঙ্কুচিত না হওয়াই পুতিজ্বরের প্রবর্ত্তক কারণ। এইটি যে যুক্তিসঙ্গত মত, তাহা এক্ষণে বুঝা যাইতেছে। শিরাদ্বারা কেবল বিষ আচোষিত হইয়াই যে পুতিজ্বর হয়, তাহা নহে; অন্য প্রকারেও শিরাগণ পুতিজ্বরের উৎপত্তির সহায়তা করে। শিরা মুখে যে সমবরোধন থাকে, তাহা হইতে সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম অণুসমবরোধক পদার্থ (এম্বো-

শিরামুখের সমবরোধন হইতে অণুসমবরোধক পদার্থ বিচ্ছেদ।

লাই) বিচ্ছিন্ন হইয়া শোণিতস্রোতে ভাসিয়া যায়। এই সকল শিরার সন্নিহিত স্থানে ফ্লেগ্‌মোনাস্ প্রদাহ বর্ত্তমান থাকিলে তাহার বিষ শিরাস্থ সমবরোধক পদার্থকে দূষিত করে এবং এই দূষিত পদার্থ হইতে অণুসমবরোধক বিচ্ছিন্ন হওয়ায় রক্তস্রোতে দূষিত পদার্থ মিলিত হয় এবং এইরূপে সমগ্র দেহ বিষাক্ত হয়। এই সকল উপায়ে রক্ত দূষিত হইলে পুতিজ্বর অথবা যাহাকে সূতিকাজ্বর বলা হয়, উৎপন্ন হইয়া থাকে। বিভিন্ন মৃতদেহ পরীক্ষা করিয়া ব্যাধিলক্ষণ এত

সমগ্র দেহ বিষাক্ত হইলে যেসকল ব্যাধি-লক্ষণ স্পষ্ট দেখা যায়।

বিভিন্ন প্রকার দেখিতে পাওয়া যায় যে, এইজন্য অনেকে রোগের যথার্থ স্বরূপ সম্বন্ধে গোলমাল করিয়া ফেলিয়াছেন। এই কারণেই অনেকে অনেক রকম সূতিকা জ্বর আছে বলিয়া বর্ণনা করেন এবং ইঁহারা প্রত্যেকে যে লক্ষণটি স্পষ্ট লক্ষ্য করিয়াছেন, সেইটিই সেই রোগের প্রধান লক্ষণ বলিয়াছেন। কিন্তু প্রকৃত

প্রস্তাবে এই রোগের লক্ষণসকল নানাস্থলে নানা প্রকার হইয়া থাকে। হীবার্গ্ সাহেব এই রোগকে চারিটি প্রধান শ্রেণীতে বিভাগ করিয়াছেন; কিন্তু ইহার একটির সহিত অপরের স্পষ্ট প্রভেদ নাই। একই রোগীতে চারি প্রকার লক্ষণ প্রায় দেখা যায় এবং জীবদ্দশায় এই সকল লক্ষণের কোন প্রভেদ থাকে না।

প্রধান লক্ষণগুলি চারি শ্রেণীতে বিভক্ত।

এই সকল শ্রেণীর মধ্যে যাহাতে মৃত্যুর পর কোন লক্ষণই স্পষ্ট বর্ত্তমান থাকে না, তাহা প্রথম শ্রেণীভুক্ত হইতে পারে। এই ভয়ানক ও সাংঘাতিক পীড়ার বিষয় লোকে বহুকালাবধি বিদিত আছে এবং কোন কোন গ্রন্থকার ইহাকে ম্যালিগ্‌নান্ট্ বা সাংঘাতিক সূতিকাজ্বর বলেন। বিলাতের সাধারণ সূতিকা চিকিৎসালয়ে এই শ্রেণীর পীড়ারই অত্যন্ত প্রাদুর্ভাব ছিল। ডাং রাম্‌সবটাম্ বলেন যে, এই রোগ এত অকস্মাৎ ও তীব্রবেগে আক্রমণ করে এবং ইহা দ্বারা এত শীঘ্র মৃত্যু হয় যে, ইহাকে ওলাউঠার নিম্ন শ্রেণী বলা যাইতে পারে। এই শ্রেণীর রোগে যে কোন প্রকার লক্ষণ মৃত্যুর পর বর্ত্তমান থাকে না, তাহা অনুমান করা ভ্রান্তির কার্য্য। পূর্ব্বকালে পরীক্ষাপ্রণালী যেরূপ অনুন্নত অবস্থায় ছিল, সেই অনুন্নত অবস্থাতেও এই রোগে রক্ত যে তরলীকৃত ও পরিবর্ত্তিত হয়, তাহা নির্ণীত হইয়াছে। কপ্‌লাণ্ড্ সাহেব তাঁহার চিকিৎসা অবিধানে এই লক্ষণটি এবং তৎসহিত অনেক অন্তঃকোষ্ঠমধ্যে বিশেষতঃ শ্বাসযন্ত্র, প্লীহা ও বৃক্কমধ্যে যে রক্ত জমার দাগ (একিমোসেস্) হয়, তাহা সবিস্তার বর্ণনা করিয়াছেন। অধুনা অণুবীক্ষণ দ্বারা প্রমাণ করা হইয়াছে যে, অধিকাংশ উপাদানে প্রদাহের সূত্রপাত হয়। কারণ সেই সকল উপাদান বিবর্ণ, স্ফীত এবং দানাযুক্ত দেখা যায় ও তাহাদের কোষসমূহ গলিত ও বিযুক্তপ্রায় হয়। ইহা দ্বারা এই সিদ্ধান্ত হয় যে, রক্তের সহিত দূষিত পদার্থ অধিক পরিমাণে মিলিত হওয়ায় সেই রক্ত যে যে স্থানে সঞ্চরণ করিয়াছে, তথায় পীড়ার সূত্রপাত হইয়াছে; কিন্তু শীঘ্র প্রাণনাশ হওয়ায় উহা পূর্ণ বিকাশ প্রাপ্ত হইতে সময় পায় নাই।

রোগ অত্যন্ত গুরুতর হইলে মৃতদেহে কোন লক্ষণ স্পষ্ট দেখা যায় না।

দ্বিতীয় শ্রেণীটি সচরাচর দেখিতে পাওয়া যায় এবং ইহাতে সীরাস্ ঝিল্লী-মধ্যেই ব্যাধিলক্ষণ অধিক হইয়া থাকে। বক্ষাবরক,

যেসকল স্থলে

সীরাম্ ঝিল্লী প্রদাহ দেখা যায়।

হৃদাবরক ঝিল্লী এবং বিশেষতঃ পেরিটোনীয়ামে যে সকল পরিবর্ত্তন হয়, তাহা লইয়া বহুকাল হইতে আন্দোলন হইতেছে। এই জন্য অনেকে পেরিটোনীয়াম্ প্রদাহ এই রোগের প্রধান লক্ষণ বলিয়া থাকেন। অধিকাংশ স্থলে অল্পাধিক পরিবেষ্ট প্রদাহ হইয়া থাকে; তাহার অনেক প্রমাণ আছে। পূতিজ্বর ভিন্ন অন্য কারণে পরিবেষ্ট প্রদাহ হইলে যেরূপ প্লাষ্টিক্ লিম্ফ্ নিঃসৃত হয় না সেইরূপ রোগ অত্যন্ত গুরুতর হইলে পরিবেষ্ট প্রদাহ জন্য প্লাষ্টিক্ লিম্ফ্ নিঃসৃত হয় না। কেবল ঈষৎ রক্তবর্ণ সীরাম্ অল্পাধিক নিঃসৃত হয়। অন্ত্র বায়ুপূর্ণ থাকায় স্ফীত এবং তাহাতে অনেক রক্ত জমায় ঘোর লালবর্ণ হইয়া থাকে এবং অন্ত্রের চতুষ্পার্শ্বে ঐ সীরাম্ পড়িয়া থাকে। অনেক অন্তঃকোষ্ঠের উপর ফিব্রিণযুক্ত স্রাব স্থানে স্থানে জমিয়া থাকে; যথা—জরায়ুর ফাণ্ডাসে যকৃতের নিম্নদিকে এবং স্ফীত অন্ত্রের উপর। উদরগহ্বরমধ্যে অনেক পরিমাণে পূয ও রসমিশ্রিত তরল পদার্থ থাকে। বক্ষাবরক ঝিল্লীমধ্যেও এইরূপ প্রদাহ লক্ষণ দেখা যায়। অপরিস্ফুট লিম্ফ্ ও পূয এবং রসমিশ্রিত তরল পদার্থ তন্মধ্যে দেখিতে পাওয়া যায়। ব্রোডায় বলেন যে, বক্ষাবরক ঝিল্লী প্রদাহ পূতিজ্বরের গৌণ লক্ষণ নহে। উদর হইতে প্রদাহ ডায়াফ্রাম্ অর্থাৎ বক্ষ ও উদর বিভেদক পেশী এবং ফুসফুস্ ভেদ করিয়া বক্ষাবরক ঝিল্লীতে যায়। এইরূপ হৃদাবরক ঝিল্লী-প্রদাহও দেখা যায়। এই ঝিল্লীতে অধিক রক্ত জমায় উহা ঘোর রক্তবর্ণ হয় এবং উহার গহ্বরে রক্তরস পূর্ণ থাকে। জানু প্রভৃতি বড় বড় সন্ধিমধ্যে সাইনোভিয়াল্ ঝিল্লীপ্রদাহ হইতে দেখা যায় এবং মধ্যে মধ্যে ঐ সকল গাঁইট্ পাকিয়াও উঠে। এই লক্ষণটি দ্বিতীয় শ্রেণীভুক্ত করা যাইতে পারে।

যে সকল স্থলে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী প্রদাহ হয়।

তৃতীয় শ্রেণীর রোগে শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীতেই পরিবর্ত্তন হয়। অন্ত্রাভ্যন্তরের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীতেই ব্যাধিজনিত পরিবর্ত্তন অধিক লক্ষিত হয়। উহাতে রক্ত জমিয়া ঘোর রক্তবর্ণ হয়, এবং উহার স্থানে স্থানে ক্ষত দেখা যায়। শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর অধঃস্তরে রক্তস্রাবের ক্ষুদ্র দাগ দেখা যায়। বৃক্কের উপাদানমধ্যেও উক্ত প্রকার রক্তস্রাবের চিহ্ন পাওয়া যায়; মূত্রাশয়ের শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীতেও তদ্রূপ। ফুসফুস্ প্রদাহ সচরাচর ঘটে। ফুসফুস ধমনীর ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র শাখায় ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র এম্বোলাই অর্থাৎ অণুরূপ-

রোধক পদার্থ আবদ্ধ হওয়ায় অধিকাংশ স্থলে গৌণ লক্ষণস্বরূপ ফুস্‌ফুস্ প্রদাহ হইয়া থকে। কিন্তু ফুস্‌ফুস প্রদাহ এরূপে উৎপন্ন না হইয়া একেবারে ফুস্‌ফুস্ উপাদানে প্রদাহ উপস্থিত হইতেও পারে। এইরূপে ফুস্‌ফুস্ প্রদাহ উৎপন্ন হইলে তাহাকে তৃতীয় শ্রেণীর অন্তর্গত করা যায়।

যে যে স্থলে বিষাক্ত অণুসমবরোধন আবদ্ধ হওয়ায় গৌণ প্রদাহ ও স্ফোটক উৎপন্ন হয়।

যে যে স্থলে দেহের বিভিন্ন অংশে ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র রক্তবহা নাড়ীর মুখ ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র বিষাক্ত অণুসমবরোধন দ্বারা বদ্ধ হইয়া রোগ উৎপন্ন হয়, সেই রোগ চতুর্থ শ্রেণীর অন্তর্গত। এই রোগ শস্ত্র-চিকিৎসার সপূযজ্বরের লক্ষণ ও মৃতদেহের চিহ্নের সহিত ঘনিষ্ঠ সম্বন্ধযুক্ত বলিয়া কেহ কেহ ইহাকে সূতিকাবস্থায় সপূযজ্বর বলেন। জরায়ুর শিরাপ্রদাহ হইতে সূতিকাজ্বর উৎপন্ন হয়, ইহা অনেকের প্রিয় মত ছিল এবং বস্তুতঃও অনেক স্থলে ঐ শিরা সকলের আবরণে প্রদাহচিহ্ন দেখা যায় ও শিরামধ্যে সমবরোধন অল্পাধিক গলিত অবস্থায় দেখিতে পাওয়া যায়। ব্যাব্‌নফ্ সাহেব কিরূপে এই সকল শিরা সমবরোধন বিষাক্ত হয়, তাহা দেখাইয়াছেন। তিনি প্রমাণ করিয়াছেন যে, শিরা সকলের আবরণ ভেদ করিয়া তন্মধ্যস্থ জমাট রক্তে লিউকোসাইট্‌স্ প্রবেশ করে এবং ঐ রক্তকে পচাইয়া ও পাকাইয়া তোলে। পূতিজ্বরের সহিত সপূযজ্বরের যে নিকটসম্বন্ধ, তাহা ইহাদ্বারা প্রমাণিত হইতেছে এবং ভার্ণইল্ সাহেবের সিদ্ধান্ত যে, সপূযজ্বর একটি স্বতন্ত্র পীড়া নহে, কেবল পূতিজ্বরের পরিণাম মাত্র, তাহাও দৃঢ়ীকৃত হইতেছে। এই স্থলে যে অণুসমবরোধনের বিষয় বলা যাইতেছে, ভবিষ্যদ্বর্ণিত অণুসমবরোধন হইতে তাহা বিভিন্ন; কারণ, বক্ষ্যমাণ অণুসমবরোধক-পদার্থ বিষাক্ত হইয়া দেহে যেরূপ ফল উৎপাদন করে, পরে যে বিষয় বলা যাইবে তাহার ফল সেরূপ নহে। দেহের বিভিন্ন স্থলের কৈশিক নাড়ীমুখে সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম অণুসমবরোধন আবদ্ধ হইয়া অনেক স্থলে স্থানিক প্রদাহ ও স্ফোটক উৎপন্ন করিতে পারে। সচরাচর ফুস্‌ফুস্ মধ্যেই এই সকল দেখা যায়; তাহার পর বৃক্কক, প্লীহা, যকৃৎ এবং এমন কি মাংসপেশী ও যোজক উপাদানেও দেখা যায়। এইরূপ প্রদাহ ও স্ফোটক যে সর্ব্বত্রেই অণুসমবরোধনজন্য উৎপন্ন হয়, তাহা সকল নিদানবেত্তা স্বীকার করেন না এবং মৃতদেহ-পরীক্ষা করিয়াও এই মত সমর্থন করা যায় না। কেহ

কেহ বলেন যে, ইহারা সমবরোধন হইতেই উৎপন্ন হয়; আবার কেহ বলেন যে, ইহারা পুতিজ্বরের প্রাথমিক প্রদাহের ফল। ওয়েবার্ সাহেব প্রকাশ করিয়াছেন যে, সূক্ষ্ম সূক্ষ্ম বিষাক্ত অণুসমবরোধন (এম্বোলাই) ফুসফুসের কৈশিক নাড়ীমধ্য দিয়া যাতায়াত করিতে পারে। সুতরাং যাঁহারা বলেন যে, কৈশিক নাড়ীমধ্য দিয়া উহা যাইতে করিতে পারে না এবং যাঁহারা অণুসমবরোধন মতটি বিশ্বাস করেন না, তাঁহাদের আপত্তি ওয়েবার্ সাহেবের গবেষণা দ্বারা খণ্ডিত হইল। সম্ভবতঃ দুইটি মতই সত্য। প্রসবের অল্পদিনের মধ্যে স্থানিক প্রদাহ হইলে উহা রক্তদোষ জন্য হয় এবং অধিক দিন পর, যথা— দ্বিতীয় কি তৃতীয় সপ্তাহে হইলে অণুসমবরোধন জন্য উৎপন্ন হয়।

সূতিকবস্থায় পুতিজ্বরের উৎপত্তি ও এই ব্যাধিজনিত দেহমধ্যে নানাপ্রকার পরিবর্ত্তন বিষয়ে যাহা বলা গেল তাহা স্মরণ রাখিলে, ইহার লক্ষণ কেন বিবিধ প্রকার হয়, অনায়াসে বুঝিতে পারা যায়। বিষের তীব্রতা ও পরিমাণ, বিষ আচোষিত হইবার পথ এবং যে যে অন্তঃকোষ্ঠ প্রধানতঃ আক্রান্ত হয়, জানিতে পারিলে লক্ষণ যেরূপ হয় বুঝিতে পারা যায়; কিন্তু রোগটি রীতিমত বর্ণনা করা কঠিন হইয়া পড়ে।

রোগবর্ণনা।

প্রসবের পর দুই তিন দিনের মধ্যেই প্রায় লক্ষণ সকল প্রকাশ পায়। অনেক স্থলে প্রসবের সময়েই দেহ বিষাক্ত হয়, অথবা যে স্থলে বিষ প্রসূতির নিজ দেহমধ্য হইতে উৎপন্ন হয়, তথায় প্রসবের পর অল্প সময়ের মধ্যেই দেহ-বিষাক্ত হয়, অর্থাৎ জননেন্দ্রিয়ের ক্ষত আরোগ্য হইতে আরম্ভ হইবার পূর্ব্বেই দেহ বিষাক্ত হয়, সুতরাং প্রসবের চতুর্থ কি পঞ্চম দিবসের পর পুতিজ্বর প্রায় কেন হয় না, তাহা বুঝিতে পারা যায়।

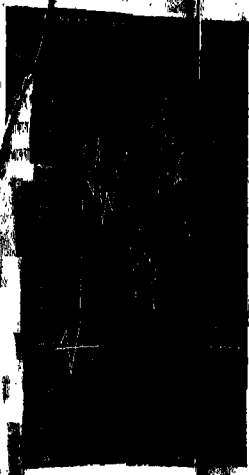
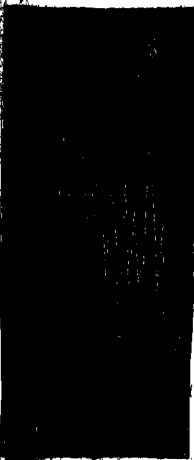
প্রসবের দুই তিন দিনের মধ্যেই লক্ষণ প্রকাশ পায়।

অনেক স্থলে অলক্ষিত ভাবে ব্যাধিসঞ্চার হইয়া থাকে। অল্পশীতবোধ এবং কম্প অনেক সময়ে হইয়া থাকে, কিন্তু সর্ব্বত্র নহে। এই শীতবোধ এত সামান্য হয় যে, প্রায় কেহ লক্ষ্য করে না এবং করিলেও কোন ক্ষণস্থায়ী কারণবশতঃ হইয়াছে বলিয়া অনুমান করে। নাড়ীর বেগই প্রথম লক্ষণ বলিয়া উপলব্ধি হয় এবং রোগের তারতম্য অনুসারে উহা ১২০।১৪০ পর্য্যন্ত হইয়া থাকে। থার্ম্ম-

প্রথম প্রথম লক্ষণ সকল স্পষ্ট হয় না।

ক্রিয়ার দ্বারা দৈহিক উত্তাপ ১০২° এবং গুরুতর স্থলে ১০৪° ও এমন কি ১০৬ ডিগ্রি পর্য্যন্ত উঠিতে দেখা যায়। কিন্তু সূতিকাবস্থায় নাড়ীর বেগ ও দৈহিক উত্তাপবৃদ্ধি অন্য ক্ষণস্থায়ী কারণ হইতেও উৎপন্ন হইতে পারে, ইহা স্মরণ রাখা উচিত এবং এইরূপ বৃদ্ধি হইলেই যে পূতিজ্বর হইয়াছে, তাহা স্থির করা অন্যায়। রোগ অত্যন্ত গুরুতর হইলে সমগ্র দেহ অভিভূত হইয়া পড়ে; পীড়া শীঘ্র শীঘ্র বৃদ্ধি পায় এবং স্থানিক প্রদাহ কিছুই দেখা যায় না। নাড়ী দ্রুত, ক্ষুদ্র ও ক্ষীণ এবং উহার স্পন্দনসংখ্যা ১২০।১৪০ পর্য্যন্ত হয়। দৈহিক উত্তাপ ১০৩।১০৪ ডিগ্রি হইয়া থাকে। অত্যন্ত মন্দাবস্থায় দৈহিক উত্তাপ কিছুমাত্র কমে না, (চতুর্থ প্রকরণ ৫, ৬, ৭ চিত্র দেখ) বেদনা সামান্য অথবা একেবারে থাকে না। উদর অথবা জরায়ুর উপর চাপ দিলে অল্প বেদনা অনুভূত হয়। পীড়া যত বৃদ্ধি পায়, অন্ত্রমধ্যে বায়ু জমিয়া উহা এত স্ফীত হয় যে, তজ্জন্য রোগীর শ্বাসকষ্ট হয় এবং পেট ফাঁপিয়া উঠে। আকৃতি পাণ্ডুবর্ণ, মুখ বসা এবং চিন্তাযুক্ত হয়। সচরাচর মানসিক বৃত্তিও অবিকৃত থাকে এবং অত্যন্ত মন্দাবস্থায় মৃত্যুকাল পর্য্যন্ত সংজ্ঞাবিলোপ হয় না। কেহ কেহ রাত্রিতে অবিরত ধীরে ধীরে প্রলাপ বকে, আবার ক্ষণেক পরেই চৈতন্য হয়, আবার প্রলাপ দ্বিগুণ-বর্দ্ধিত হয়। এইরূপ একবার চৈতন্য একবার প্রলাপ হইতে থাকে। বমন ও উদরাময় প্রায়ই হইয়া থাকে। বমনের সহিত কৃষ্ণবর্ণ কাফিচূর্ণ পদার্থের ন্যায় বস্তু নির্গত হয়। উদরাময় সময়ে সময়ে অত্যন্ত প্রচুর এবং অদম্য হইয়া পড়ে। পীড়া মৃদুরূপ হইলে উদরাময় দ্বারা কিঞ্চিৎ উপশম বোধ হয়। জিহ্বা আর্দ্র ও সর্ডিস্ বা কৃষ্ণবর্ণ লেপ দ্বারা আবৃত ও সময়ে সময়ে শুষ্ক ও কৃষ্ণবর্ণ হয়; ইহা রোগের পরিণামে প্রায় হইয়া থাকে। লোকিয়াস্রাব প্রায় বন্ধ থাকে, অথবা তাহার স্বরূপ পরিবর্ত্তিত হয়। পীড়া স্বদেহোদ্ভূত বিষ হইতে উৎপন্ন হইলে লোকিয়া অত্যন্ত দুর্গন্ধযুক্ত হয়। শ্বাসপ্রশ্বাস দ্রুত হয় ও হাঁপ লাগে এবং প্রশ্বাসে এক প্রকার মিষ্ট গন্ধ হয়, ইহা এই রোগের বিশেষ লক্ষণ। দুগ্ধ-ক্ষরণও প্রায় বন্ধ হয়, কিন্তু সকলেরই হয় না।

গুরুতর পূতিজ্বরের লক্ষণ।

এই সকল লক্ষণ অল্পাধিক প্রকাশ পাইয়া রোগ চলিতে থাকে এবং সাং-ঘাতিক হইয়া উঠিলে প্রায় এক সপ্তাহের মধ্যে মৃত্যু

রোগের স্থিতিকাল।

হয়। মৃত্যুর অনতিপূর্ব্বে ভয়ানক দৌর্ব্বল্য, নাড়ী অতি দ্রুত, সূত্রবৎ অথবা অবিরাম; স্পষ্ট প্রলাপ, ভয়ানক আধ্মান বা পেট ফাঁপা এবং অকস্মাৎ দৈহিক উত্তাপের হ্রাস প্রভৃতি লক্ষণ হইয়া সমধিক অবসাদে প্রাণ বিয়োগ হয়।

ভিন্ন ভিন্ন স্থলে বিভিন্ন লক্ষণ।

রোগ মৃদু হইলে, এই সকল লক্ষণ মৃদুভাবে ও বিবিধ প্রকারে মিলিত হইয়া প্রকাশ পায়। দুইটি ঠিক এক প্রকারের রোগ প্রায় দেখা যায় না। কাহার কাহার নাড়ী দ্রুত ও দুর্ব্বল এইটিই অধিক স্পষ্ট লক্ষিত হয়। আবার কাহার কাহার উদরস্ফীতি, বমন, উদরাময় অথবা প্রলাপ লক্ষিত হয়।

পরিবেষ্ট প্রদাহের লক্ষণ।

স্থানিক উপসর্গ দ্বারা রোগের গতি ও লক্ষণ অনেক পরিবর্ত্তিত হয়। এই সকল লক্ষণের মধ্যে পরিবেষ্ট প্রদাই অধিক লক্ষিত হয়। ইহা এত অধিক দেখা যায় যে, কোন কোন গ্রন্থকর্ত্তা সূতিকাজ্বর ও সূতিকাবস্থায় পেরিটোনীয়াম্ প্রদাহ একই বলিয়া থাকেন। পরিবেষ্টপ্রদাহ হইলে উদরে ভয়ানক বেদনা প্রথমে অনুভূত হয়। বেদনা উদরের নিম্নপ্রদেশে আরম্ভ হয় এং তথায় জরায়ু প্রবৃদ্ধ ও বেদনাযুক্ত বোধ হয়। উদরের বেদনা যত বিস্তৃত হয়, রোগীর যন্ত্রণা ততই অধিক হয়। অন্ত্রমধ্যে বায়ু জমিয়া উহা অত্যন্ত স্ফীত হয়। শ্বাসপ্রশ্বাস কেবল বক্ষ দ্বারাই সম্পাদিত হয়; কারণ ডায়াফ্রাম্ ঊর্দ্ধদিকে উঠিয়া যায় এবং উদরস্থ পেশী-সকল রোগধর্ম্মে নিশ্চেষ্ট থাকে। রোগী চিৎ হইয়া শয়ন করে এবং জানুদ্বয় উত্তোলন করিয়া রাখে। সময়ে সময়ে উদরের উপর বস্ত্রাদির ভারও কষ্টকর বোধ হয়। সচরাচর ভয়ানক বমন ও উদরাময় হইয়া থাকে। দৈহিক সন্তাপ ১০২° হইতে ১০৪°।১০৬° ডিগ্রি পর্য্যন্ত হয়। এই উত্তাপের সময়ে সময়ে হ্রাস বৃদ্ধি হয়,- কারণ বোধ হয় বিষ পুনরায় আচোষিত হয়। (৪র্থ প্রতিকৃতির ২, ৪,৫ চিত্র দেখ) রোগ সচরাচর এক সপ্তাহকাল স্থায়ী হয়, কখন ইহার অধিকও থাকে এবং শেষে অবসাদজন্য মৃত্যু হয়। সেম্পিনী বলেন যে, ষষ্ঠ কি সপ্তম দিবসে শীত-বোধ ও লক্ষণ সকলের বৃদ্ধি হয়; কারণ পেরিটোনীয়াম্ গহ্বরে দুর্গন্ধযুক্ত পূয দ্বারা দেহ পুনরায় বিষাক্ত হয়। পরিবেষ্ট-প্রদাহ থাকিলে যে এই সকল লক্ষণ সমস্তই থাকিবে, এমন নহে। সচরাচর বেদনা একেবারেই থাকে না এবং ডাং প্লেয়ার সাহেব অনেক রোগীর মৃত-

বেদনা সকল সময়ে থাকে না। দেহ পরীক্ষা করিয়া পরিবেষ্ট প্রদাহ দেখিয়াছেন অথচ তাহাদের জীবদ্দশায় বেদনা ছিল না। কখন কখন সামান্য বেদনা থাকে এবং তাহাও কেবল জরায়ুতে অনুভূত হয়।

অন্যান্য স্থানিক উপসর্গ। অন্যান্য স্থানিক উপসর্গের লক্ষণ প্রদাহের স্থানানুসারে হয়; যথা— ফুস্ফুস্ প্রদাহ হইলে শ্বাসকৃচ্ছ্রতা, কাশি, বক্ষের নিরেট শব্দ ইত্যাদি; হৃদাবরক ঝিল্লীর প্রদাহ হইলে যেরূপ ঘর্ষণশব্দ হয় তাহা শুনা যায়। বক্ষাবরক ঝিল্লীপ্রদাহ হইলে, অভিঘাত দ্বারা বক্ষে নিরেট্ শব্দ শুনা যায়; বৃক্ক-প্রদাহ হইলে মূত্রে এল্‌ব্যুমেন্ ও মূত্র-প্রণালীর সূক্ষ্ম নির্ম্মোক দেখা যায়; যকৃৎপ্রদাহ হইলে, পাণ্ডু ইত্যাদি পরিলক্ষিত হয়। সকলস্থলেই রোগের গতি দ্রুত ও ভয়ানক হয় না। যে যে স্থলে পীড়া সপূয় জরের মত হয়। কোন কোন স্থলে মৃদু প্রকার হইয়া কয়েক সপ্তাহ পর্য্যন্ত থাকে। তরুণাবস্থায় যেসকল লক্ষণ হয়, তাহা পূর্ব্বকথিত লক্ষণ হইতে বিভিন্ন নহে। সচরাচর দ্বিতীয় সপ্তাহেই পূয-সঞ্চারের লক্ষণ দেখা যায়। পূয-সঞ্চার হইলে ঘন ঘন কম্প এবং দৈহিক উত্তাপের হ্রাস বৃদ্ধি হয়। সেই সঙ্গে সাধারণ লক্ষণ সকলের বৃদ্ধি এবং ত্বক্ একপ্রকার হরিদ্রাবর্ণ হয় এবং কখন কখন স্পষ্ট পাণ্ডুর লক্ষণ দেখা যায়। ত্বকের বিভিন্ন স্থানে রক্তবর্ণ ক্ষণস্থায়ী দাগ দেখা যায়। এই দাগ দেখিয়া কেহ কেহ এই রোগকে আরক্তজ্বর অথবা অন্যপ্রকারের অন্তরুৎসেক্য পীড়া বলিয়া ভ্রম করেন। স্থানিক প্রদাহ শীঘ্রই দেখিতে পাওয়া যায় এবং ঐ স্থান সত্বর পাকিয়া উঠে। সচরাচর গাঁইট্‌গুলিই প্রদাহযুক্ত হয় ও পাকে; জানু, স্কন্ধ অথবা কটিসন্ধি প্রদাহযুক্ত হইবার পূর্ব্বে ঐ সকল সন্ধি নাড়িতে কষ্ট হয়, স্ফীত হয় এবং উহাতে তীব্র বেদনা অনুভূত হয়। অনেক মাংসপেশী এবং যোজক উপাদান মধ্যে অধিক পূয জন্মিতে দেখা যায়। চক্ষুঃ, বক্ষাবরক ঝিল্লী, হৃদাবরক ঝিল্লী অথবা ফুস্‌ফুস্‌মধ্যে সপূয প্রদাহ হইতে পারে। এইরূপ কোন স্থানে সপূয-প্রদাহ হইলে, উহা যে স্থানে উৎপন্ন হয়, তদনুযায়ী লক্ষণও বর্ত্তমান থাকে এবং প্রদাহের আতিশয্যের ও পীড়ার শ্রেণী অনুসারে লক্ষণ সকল পরিবর্ত্তিত হয়।

সূতিকাবস্থায় একপ্রকার জ্বর হইয়া থাকে, তাহাকে সহজে পূতিজ্বর বলিয়া

সূতিকাবস্থায় ম্যালেরিয়া জ্বর।

ভ্রম হইতে পারে। কর্ডাইস্ বার্কার্ সাহেব এ সম্বন্ধে সম্প্রতি এক প্রবন্ধ লিখিয়াছেন, তাহার নাম "সূতিকাবস্থায় ম্যালেরিয়া-জ্বর" রাখিয়াছেন। যে সকল স্ত্রীলোক গর্ভের পূর্ব্বে অথবা গর্ভাবস্থায় ম্যালেরিয়া-জ্বর ভোগ করিয়াছে, কিম্বা কোনপ্রকারে ম্যালেরিয়া-সংস্রবে আসিয়াছে, প্রসবের পর তাহাদের পুনরায় জ্বর হওয়া সম্ভব। ডাঃ প্লেফেয়ার্ বলেন যে,কতকগুলি সম্ভ্রান্ত স্ত্রীলোক ভারতবর্ষে থাকিয়া ম্যালেরিয়া-জ্বর ভোগ করে, তাহাদিগের প্রসবের পর আবার সেই জ্বর হয়। ডাং প্লেফেয়ারের একজন রোগী বহুকাল ভারতে থাকিয়া অনেক দিন অবধি সবিরাম-জ্বর ভোগ করে, সে যতবার প্রসব হইত, ততবার তাহার সেই জ্বর হইত এবং সে নিজে ডং প্লেফেয়ার্কে এই বিষয় পূর্ব্বেই অবগত করায়। এই জ্বর পুতিজ্বর হইতে নির্ণয় করা কঠিন। বার্কার্ সাহেব বলেন যে, এই জ্বর প্রায়ই প্রসবের পর পঞ্চম দিবসে হয়, কিন্তু পুতিজ্বর ইহার পূর্ব্বেই হইয়া থাকে। ম্যালেরিয়া-জ্বরে বিরাম অধিক কাল ও স্পষ্ট থাকে এবং ঘন ঘন কম্প হয়, কিন্তু পুতিজ্বরে তাহা হয় না।

চিকিৎসা।

চিকিৎসক এই দুরূহ রোগের উৎপত্তি সম্বন্ধে যে পক্ষ সমর্থন করেন, তদনুসারে চিকিৎসার তারতম্য হইয়া থাকে। এই অধ্যায়ে যে মত প্রকটন করা গেল, তাহা সত্য হইলে প্রথমতঃ রোগবিষের উৎপত্তি নির্ণয় করিয়া যাহাতে বিষ-আচোষণক্রিয়া বন্ধ করা যায়, তদ্বিষয়ে যত্নশীল থাকা উচিত। দ্বিতীয়তঃ যে পর্য্যন্ত বিষদোষ নষ্ট না হয় রোগীকে জীবিত রাখা ও তৃতীয়তঃ স্থানিক উপসর্গের চিকিৎসা করা কর্ত্তব্য।

পচননিবারক ঔষধির পিচকারির উপযোগিতা।

চিকিৎসার প্রথম উদ্দেশ্য স্মরণ রাখিলে যে স্থলে রোগ-বিষ রোগীর স্বদেহ হইতে উদ্ভূত হয়, তথায় অনেক উপকার করা যাইতে পারে। কারণ এই স্থলে মধ্যে মধ্যে নূতন নূতন পচনশীল পদার্থ রক্তের সহিত মিলিত হয়। জরায়ু-অভ্যন্তরে ও যোনিপ্রণালীমধ্যে পচননিবারক ঔষধির পিচকারি দ্বারা আমরা সৌভাগ্যবশতঃ বিষ-আচোষণ-ক্রিয়া বন্ধ করিতে পারি। জরায়ুমধ্যে গলিত রক্তের চাঁই, অথবা অন্য কোন পচনশীল পদার্থ থাকিলে কিম্বা তথা হইতে দুর্গন্ধযুক্ত স্রাব নির্গত হইলে এই প্রক্রিয়া দ্বারা বিশেষ উপকার হয়। হিগিন্‌সনের একটি পিচ-

কারিতে লম্বা যৌননল লাগাইয়া (১) প্রত্যহ দুইবার জরায়ুর অভ্যন্তর ধৌত করিলে সহজে পচননিবারণ করিতে পারা যায়। ইহার ফল দেখিয়া সময়ে সময়ে আশ্চর্য্য হইতে হয়। গুরুতর লক্ষণগুলি অতি সত্বর লোপ পায় এবং পিচকারি প্রয়োগের অতি অল্পকালমধ্যেই দৈহিক উত্তাপ ও নাড়ীবেগের এত হ্রাস হয় যে, এই প্রক্রিয়ার উপকারিতাসম্বন্ধে কোন সন্দেহই থাকে না।

এই চিকিৎসাপ্রণালীর উপকারিতা বিষয়ে ডাং প্লেফেয়ার্ যে দৈহিক উত্তাপের চার্ট্ বা চিত্র দিয়াছেন, (পরিশিষ্ট দেখ) তাহা পাঠ করিলে অনায়াসে বোধগম্য হইবে। যে রোগীর দৈহিক উত্তাপের চিত্র উপরে দেওয়া গেল, ডাং প্লেফেয়ার্ যখন কিংস্ কলেজ্-সংক্রান্ত চিকিৎসালয়ে ছিলেন, তখন তাঁহার চিকিৎসাধীনে ছিল। স্ত্রীলোকটি সুস্থকায়, বয়স ৩৬ বৎসর এবং তাহার প্রসব স্বাভাবিক ও সহজ হইয়াছিল। প্রসবের তৃতীয় দিবসের পূর্ব্বে ইহার কিছুই হয় নাই; কিন্তু এই দিবস তাহার দৈহিক উত্তাপ কিছু বৃদ্ধি হয়। অষ্টম দিবস প্রাতে তাহার দৈহিক উত্তাপ ১০৫.৮ হইয়াছিল। সে প্রলাপ বকিতে আরম্ভ করিল, নাড়ী দ্রুত ও সূত্রবৎ হইল, চট্‌চটে ঘর্ম্ম হইতে লাগিল, উদর স্ফীত ও আধ্মানযুক্ত হইল এবং তাহার অবস্থা দেখিয়া ভয় হইতে লাগিল। যোনি-পরীক্ষা দ্বারা জানা গেল যে, তাহার জরায়ুমুখে একখণ্ড পচা পরিস্রব চাপা রহিয়াছে। ডাং প্লেফেয়ারের সহযোগী ডাং হেস্ ইহা বাহির করিয়া জল-

(১) জরায়ু-অভ্যন্তরে পিচকারি দিবার জন্য ডাং প্লেফেয়ারের বন্ধু ডাং হেস্ সাহেব একটি রৌপ্য নল নির্ম্মাণ করিয়াছেন, ইহা দ্বারা উক্ত কার্য্য চমৎকাররূপে সাধিত হয় (১৭৭ নং চিত্র দেখ)।

এই নলের শেষ সীমায় কতকগুলি ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র ছিদ্র আছে। এই সকল ছিদ্র দ্বারা পিচকারির জল অতি সূক্ষ্মভাবে বিচূর্ণিত হইয়া জরায়ু-অভ্যন্তরে পড়ে এবং সম্পূর্ণরূপে উহাকে ধৌত করে। সাধারণ যৌন নল অপেক্ষা ইহা সহজে প্রবেশ করান যায় এবং হিগিন্সনের পিচকারিতে সংলগ্ন করা যাইতে পারে।

মিশ্রিত কণ্ডির ঔষধ দ্বারা তাহার জরায়ুর অভ্যন্তর ধৌত করিয়া দিলেন। সেই দিন সন্ধ্যাকালে তাহার দৈহিক উত্তাপ ৯৯° হইল এবং অন্যান্য লক্ষণও অনেক ভাল হইল। তাহার পরদিন দুর্গন্ধযুক্ত অল্প স্রাব দেখা গেল, আবার লক্ষণ মন্দ হইল। আবার তাহার জরায়ু-অভ্যন্তর ধৌত করিয়া দেওয়ায় রোগী ক্রমশঃ ভাল হইয়া গেল। (চতুর্থ প্রতিকৃতি দেখ) পচননিবারক ঔষধির স্থানিক প্রয়োগে কত উপকার হয়, উল্লিখিত ঘটনাটি তাহার চমৎকার দৃষ্টান্ত এবং ডাং প্লেফেয়ার্ এরূপ অনেক ঘটনা দেখিয়াছেন। অতএব যেখানে স্বদেহ হইতে বিষ উৎপন্ন হইবার সম্ভাবনা আছে, তথায় কোনক্রমেই এই চিকিৎসা অবলম্বন করিতে বিস্মৃত হওয়া উচিত নহে এবং যথায় এরূপ আশঙ্কা নাই, তথায়ও ইহা প্রয়োগ করিলে লাভ ভিন্ন ক্ষতি নাই; কারণ ইহার প্রয়োগে রোগী আরাম বোধ করে। যে কোন প্রকারের পচননিবারক ঔষধি ব্যবহার করা যাইতে পারে। হয় কার্বলিক এসিড্ ১ ভাগ ৪৯ ভাগ জলে মিশাইয়া অথবা টীং আইওডিন্ কি কণ্ডির ঔষধ অধিক জলে মিশাইয়া ব্যবহার করা যাইতে পারে। ডাং প্লেফেয়ার্ এই শেষোক্ত দুই ঔষধ পর্য্যায়ক্রমে ব্যবহার করেন। একটি প্রাতে অপরটি সন্ধ্যাকালে। তিনি কখন কখন উক্ত প্রকার মিশ্রিত (অথবা তাহাতে প্রায় ৫ গ্রেণ আওডোফর্ম্ দিয়া) কার্বলিক্ এসিড ব্যবহার করেন। তাঁহার মতে এই ঔষধি যে কেবল অল্প সময়ের জন্য উত্তমরূপে পচননিবারণ করে, তাহা নহে; ইহা দ্বারা দীর্ঘস্থায়ী কার্য্য হয়। কারণ ইহাতে যে আয়ডোফর্ম্ থাকে, তাহা জরায়ু-প্রাচীরে লাগিয়া যায়। পিচকারির মুখ অঙ্গুলিনির্দ্দিশিত পথ দিয়া সাবধানে জরায়ুগ্রীবামধ্যে কিছু দূর প্রবেশ করাইতে হয় এবং যতক্ষণ পর্য্যন্ত যোনিদ্বার হইতে নিঃসৃত জল বর্ণহীন না হয়, ততক্ষণ উত্তমরূপে জরায়ু-অভ্যন্তর ধৌত করা আবশ্যক। অগর্ভাবস্থায় জরায়ুমধ্যে পিচকারি দিলে যেরূপ জরায়ু-শূল হয় প্রসবের পর দিলে সেরূপ হয় না; কারণ তখন জরায়ুর গ্রীবা-মুখ উন্মুক্ত থাকে। যেসকল রোগীর দুর্গন্ধযুক্ত স্রাব হয়, ধাত্রীদ্বারা তাহাদের জরায়ু ধৌত করিতে দেওয়া কর্ত্তব্য নহে। চিকিৎসক স্বয়ং প্রত্যহ অন্ততঃ দুইবার এই কার্য্য করিবেন। পিচকারি দ্বারা যেসকল ঔষধ জরায়ুমধ্যে দিতে হয়, তাহা যথেচ্ছ ব্যবহার করা পরামর্শসিদ্ধ নহে; কারণ ইহার সকলগুলি নিরাপদ নহে। অধিক দিন পিচকারি ব্যবহার

করাও বিধি নহে। ভগের চতুর্দ্দিক সাবধানে পরীক্ষা করা আবশ্যক এবং তাহাতে অথবা পেরিটোনীয়ামে কোনরূপ পচা ক্ষত দেখিলে তৎক্ষণাৎ তাহাতে আয়ডোফর্ম্ম্ লেপ দেওয়া উচিত। ডাং প্লেফেয়ার্ এরূপ একাধিক ঘটনা দেখিয়াছেন এবং তথায় ঐ প্রকার চিকিৎসা করিয়া তিনি অশুভ লক্ষণের আশু প্রতিকার করিয়াছেন।

পথ্য ও উত্তেজক ঔষধ প্রয়োগ।

যে রোগে শারীরিক অবসাদ এত শীঘ্র উপস্থিত হয়, তাহাতে উপযোগী ও সুপাচ্য খাদ্যদ্বারা দেহের বল-সংরক্ষা করা কতদূর আবশ্যক, তাহা বলা যায় না। উত্তম বিফ্-টি অথবা অন্য কোন প্রকার মাংসের ঝোল, কেবল দুগ্ধ অথবা দুগ্ধের সহিত চুন কিম্বা সোডার জল এবং ডিম্বের কুসুম, দুগ্ধ ও ব্রাণ্ডির সহিত মিলাইয়া অল্পক্ষণ অন্তর যে পরিমানে রোগী খাইতে পারে, দেওয়া উচিত। রোগপরিচর্য্যায় যাহারা নিযুক্ত থাকে, তাহাদের দক্ষতা এই সকল স্থলেই প্রকাশ পায়। এই রোগে বমনেচ্ছা প্রায়ই বলবতী থাকে, সুতরাং পথ্য এরূপভাবে দেওয়া উচিত এবং উহা এরূপ বিভিন্ন প্রকার করা উচিত, যাহাতে রোগীর রুচি হয়। সাধারণতঃ পথ্য দিতে দুই এক ঘণ্টার অধিক কাল বিলম্ব করা কর্ত্তব্য নহে। রোগের আতিশয্য ও দৌর্ব্বল্যের পরিমানানুসারে উত্তেজক ঔষধির পরিমাণ নির্দ্ধারিত হয়। সাধারণতঃ উত্তেজক ঔষধি অধিক সহ্য হয় এবং তদ্দ্বারা যথেষ্ট উপকার হয় বলিয়া উহা মুক্তহস্তে দেওয়া উচিত। রোগ মৃদু হইলে বড় চামচের এক চামচ উত্তম পুরাতন ব্রাণ্ডি অথবা হুইসকি, চারি ঘণ্টা অন্তর দিলে যথেষ্ট উপকার হয় কিন্তু নাড়ীবেগ অত্যন্ত অধিক ও উহা সূত্রবৎ হইলে, অস্ফুট প্রলাপ উদরাধ্মান অথবা ঘর্ম্ম (অবসাদের লক্ষণ) থাকিলে, অধিক পরিমাণে এবং অল্পক্ষণ অন্তর উত্তেজক ঔষধি দিতে হয়। চিকিৎসক ভূয়োদর্শী হইলে উত্তেজক ঔষধির ফল সাবধানে পরীক্ষা করিয়া উহার পরিমাণ ও নিয়ম নির্দ্ধারিত করিবেন, কোন নির্দ্দিষ্ট নিয়মের বশীভূত হইবেন না। পীড়া গুরুতর হইলে দিনরাত্রিমধ্যে ৮।১২ আউন্স্ ব্রাণ্ডির অধিক দিলেও উপকার হয়।

রক্তমোক্ষণ অবিধি।

এই রোগে বহুকালাবধি রক্তমোক্ষণ একমাত্র উপায় বলিয়া প্রচলিত হইয়াছিল। কিন্তু আধুনিক চিকিৎসকগণের মত ইহার সম্পূর্ণ বিপরীত। যে রোগে রক্তের এত পরিবর্ত্তন হয়

এবং যাহাতে এত ভয়ানক অবসাদ হয়, সেই রোগে রক্তমোক্ষণ দ্বারা ঘোর অনিষ্ট সম্ভাবনা। যদিও এই উপায়ে সময়ে সময়ে কোন কোন লক্ষণের ক্ষণস্থায়ী উপশম হয়, বিশেষতঃ যথায় পরিবেষ্টপ্রদাহ থাকে, তথায় বেদনার অনেক শান্তি হয় বটে, তথাপি ইহা সর্ব্বদা পরিত্যাজ্য।

ঔষধি। যাহাতে শোণিত-সঞ্চারের বেগের হ্রাস হয় ও দৈহিক উত্তাপ কমে অথচ অবসাদ উপস্থিত না হয় এমন ঔষধি এই রোগে প্রয়োগ করাই আমাদের উদ্দেশ্য।

ধমনি নিস্তেজক ঔষধি। বার্কার সাহেব এই প্রথম উদ্দেশে প্রতি ঘণ্টায় ৫ বিন্দু করিয়া টীং ভিরেট্রাম্ বিরিডি দিতে বলেন। নাড়ীর স্পন্দন ১০০এর নিয়ে আসিলে দুই ঘণ্টা অন্তর ২। ৩ বিন্দু দিতে হয়। ডাং প্লেফেয়ার্ বলেন যে, তিনি কখন এই ঔষধি ব্যবহার করেন নাই, সুতরাং ইহার গুণসম্বন্ধে কিছু বলিতে পারেন না। তিনি এই উদ্দেশে অল্প মাত্রায় টীং একোনাইট্ ব্যবহার করিয়া সন্তোষপ্রদ ফল পাইয়াছেন। তিনি বলেন যে, প্রথম প্রথম অর্দ্ধ ঘণ্টা অন্তর এক বিন্দু করিয়া উক্ত টিংচার দিতে হয় পরে ফল অনুসারে সময় বাড়াইতে হয়। সচরাচর অর্দ্ধ ঘণ্টা অন্তর তিন চারি মাত্রা সেবনের পর নাড়ীবেগের হ্রাস হয়, তাহার পর দুই এক ঘণ্টা অন্তর দুই এক মাত্রা আরও দিলে নাড়ীবেগ আর পূর্ব্ববৎ বৃদ্ধি হয় না। এই উপায়ে হৃৎপিণ্ডের কার্য্য হ্রাস হয় এবং উপাদান-ক্ষয় নিবারিত হয়, তাহাতে কোন সন্দেহ নাই। কিন্তু এরূপ সতেজ ঔষধি অত্যন্ত সাবধান না হইয়া

ঐ ঔষধি প্রয়োগে সাবধানতা। ব্যবহার করা কোন মতেই কর্ত্তব্য নহে। অধিককাল ব্যবহার করিলে অথবা অত্যন্ত ঘন ঘন দিলে শোণিত-সঞ্চরণ অবশ মন্দীভূত হয় এবং তদ্দ্বারা ইষ্ট না হইয়া অধিক অনিষ্টই হইয়া থাকে। অতএব এই ঔষধি প্রয়োগ করিয়া চিকিৎসক সর্ব্বদা ইহার ক্রিয়া লক্ষ্য করিবেন এবং নাড়ী দুর্ব্বল অথবা সবিরাম হইলে তদণ্ডেই উহা বন্ধ করিবেন। পীড়ার তরুণাবস্থাতে অর্থাৎ অবসাদ হইবার পূর্ব্বে এই সকল ঔষধি দ্বারা অধিক ফল হয় এবং তখনও নাড়ীবেগ অত্যন্ত অধিক ও মোটা থাকিলে, তবে এই সকল ঔষধির প্রয়োগ আবশ্যক। বার্কার্ সাহেব বিরেট্রাম্ বিরিডি সম্বন্ধে যাহা বলিয়াছেন, একোনাইট্ সম্বন্ধেও সেই মত প্রশস্ত।

তিনি বলেন যে, যথায় নাড়ী দুর্ব্বল, সূত্রবৎ ও অসম থাকে এবং প্রচুর ঘর্ম্ম ও হস্ত পদাদি শীতল হইয়া অবসাদ প্রকাশ করে, তথায় বিরেট্রম্ অপ্রযুজ্য।

দৈহিক উত্তাপের হ্রাস করা চিকিৎসার আর এক উদ্দেশ্য এবং এই উদ্দেশে অনেক ঔষধি ব্যবহৃত হয়। অধিক মাত্রায় কুইনিন, যথা—১০।৩০ গ্রেণ্ পর্য্যন্ত এই উদ্দেশে প্রয়োগ করা হয়। বিশেষতঃ জার্মানিতে ইহার অত্যন্ত আদর। কুইনিন্ প্রয়োগের পরেই দৈহিক উত্তাপ ২।১ ডিগ্রি হ্রাস হয়। প্রাতে ও সন্ধ্যায় দুই বার কুইনিন দেওয়া যাইতে পারে; কিন্তু বধিরতা, বিবিধ শব্দ শ্রবণ প্রভৃতি শিরোলক্ষণ জন্য ইহা অধিক দিন ব্যবহৃত হইতে পারে না। কুইনিনের প্রতিমাত্রায় ১০।১৫ বিন্দু হাইড্রোব্রোমিক এসিড্ মিলাইলে এই সকল লক্ষণের উপশম হয়।

দৈহিক উত্তাপের হ্রাস। কুইনিন্।

১০।২০ গ্রেণ্ মাত্রায় স্যালিসিলিক্ এসিড্ অথবা ঐ মাত্রায় স্যালিসিলেট্ অফ্ সোডা দৈহিক উত্তাপ নিবারণের মহৌষধ এবং ডাং প্লেফেয়ারের মতে কুইনিন্ অপেক্ষা ইহা প্রয়োগ করায় সুবিধা আছে। এই ঔষধি দ্বারা অল্প সময়ের মধ্যে দৈহিক উত্তাপের হ্রাস হয়। কিন্তু ইহা দ্বারা হৃৎপিণ্ডের অবসাদ হইতে পারে বলিয়া, ইহা সাবধানে প্রয়োগ করিতে হয় এবং নাড়ী অত্যন্ত দুর্ব্বল ও মন্দ হইলে ইহা বন্ধ করা আবশ্যক।

স্যালিসিক্ এসিড্।

যে সকল স্থলে স্বল্পবিরাম জ্বর থাকে, তথায় ওয়ারবর্গের টিংচার মহোপকারী। এই ঔষধি ভারতবর্ষে ম্যালেরিয়া-জনিত স্বল্প বিরামে জ্বরের মহৌষধি বলিয়া খ্যাত আছে এবং ডাং প্লেফেয়ার্ ম্যালেরিয়াজনিত এই সকল জ্বরে ইহার উপকারিতা ভারতে স্বয়ং পরীক্ষা করিয়াছেন। অনেক লব্ধ প্রতিষ্ঠ ও খ্যাতনামা চিকিৎসক এই ঔষধির গুণ সমর্থন করিয়াছেন। যথা—নেট্লি নগরের ডাং ম্যাক্লীন্, ডাং ব্রড্বেন্ট্ এবং রণতরীসমূহের চিকিৎসাবিভাগের অধ্যক্ষ সার্ আলেক্জাণ্ডার্ আর্ম্‌ষ্ট্রং। এই শেষোক্ত চিকিৎসক বলেন যে, আজকাল মহারাণীর সমস্ত জাহাজে এই ঔষধি রাখা হয়, কারণ ভারতের ম্যালেরিয়া জ্বরে যথায় কুইনিন্ দ্বারা উপকার না হয়, তথায় ইহাদ্বারা মহদুপকার হইয়া থাকে।

ওয়ারবার্গের টিংচার।

ডাং ম্যাক্লীন্ সম্প্রতি ইহার উপকরণ প্রচার করিয়া দিয়াছেন। তন্মধ্যে প্রধানতঃ কুইনিন্ আছে ও তৎসহিত সুগন্ধযুক্ত এবং তিক্তদ্রব্য মিলিত আছে। এই সকল দ্রব্য সম্ভবতঃ কুইনিনের গুণ বৃদ্ধি করে। এই ঔষধি যেরূপেই প্রস্তুত হউক না কেন ইহা যে একটি উৎকৃষ্ট জ্বরঘ্ন, সে বিষয়ের উত্তম প্রমাণ আছে। ইহা ব্যহার কবিবার পবে অনেক স্থলে প্রচুর ঘর্ম্ম হইতে দেখা যায় এবং ঘর্ম্মনিঃসারণ গুণটি ইহার সাক্ষাৎ ধর্ম্ম। কখন কখন ইহা-দ্বারা লক্ষণগুলি সত্বর ভাল হইয়া যায। অন্যান্য স্থলে ডাং প্লেফেয়ার্ ইহা-দ্বারা কোন উপকার পান নাই; বস্তুতঃ এরূপ স্থলে কিছুতেই কিছু হয় না। পূর্ব্বোক্ত ১০ টি ম্যালেরিয়া-জ্বর-রোগীকে এই ঔষধ দিয়া ডাং ফর্ডাইস্ বার্কার্ বলেন, "গত দুই বৎসর হইতে আমি এই ঔষধ, যাহাদের পাকাশয়ে সহ্য হয় তাহাদের দিয়া দেখিয়াছি যে, সহ্য করিতে পারিলে অধিক মাত্রায় কুইনিন্ অপেক্ষা ওয়ার্বার্গের টিংচার্ দ্বারা অধিক ফল হয।

শৈত্যপ্রয়োগ। সুবিধা বুঝিলে শৈত্য প্রয়োগ দ্বারা উপকার করিতে পারা যায়। শৈত্য-প্রয়োগের সহজ উপায় থর্ন্টন্ সাহেবের বরফ-টুপি। ইহাদ্বারা মস্তকের উপর অনবরত শীতল জল রাখিতে পারা যায়। ওভ্যারিয়-টমী শস্ত্রক্রিয়ার পর যে জ্বর হয়, তাহা এই উপায়ে উপশম করা যায় এবং ডাং প্লেফেয়ার্ বলেন যে, সূতিকাজ্বরেও ইহাদ্বারা উপকার হইয়া থাকে। শৈত্যপ্রয়োগে রোগী আরাম পায়, বিশেষতঃ ইহাদ্বারা ভয়ানক শিরোবেদনার উপশম হয়। এই উপায়ে দৈহিক উত্তাপ ২ অথবা অধিক ডিগ্রি কম হয় এবং ইহা সহজে দিন রাত ব্যবহার করা যাইতে পারে।

রোগ অতি গুরুতর হইলে যখন দৈহিক উত্তাপ ১০৫° ডিগ্রি অথবা আরও অধিক হয়, তখন সমগ্র দেহে শৈত্য প্রয়োগ করা যাইতে পারে। ডাং প্লেফে-য়ার্ সূতিকাবস্থায় পূতিজ্বরের একটী ঘটনা অন্যত্র বর্ণনা করিয়াছেন। এই রোগীর দৈহিক উত্তাপ অবিরত ১০৫° ডিগ্রির উপরে ছিল এবং তাহাকে ডাক্তার সাহেব ক্রমাগত ১১ দিন বরফের জলে সিক্ত বস্ত্রদ্বারা ঢাকিয়া রাখিয়া-ছিলেন। এই উপায়ে তাহার দৈহিক উত্তাপের হ্রাস ও জীবনরক্ষা হইয়াছিল। কিন্তু উপায়টি অবলম্বন করিতে অসুবিধা হয় এবং ইহাদ্বারা রোগও আরাম হয় না। যে স্থলে দৈহিক উত্তাপ এত অধিক হয় যে রোগীর প্রাণসংশয়

হইয়া পড়ে, কেবল তথায় ইহাদ্বারা উত্তাপের হ্রাস করিতে পারা যায়।” এই জন্য ডাং প্লেফেয়ারের মতে দৈহিক উত্তাপ ১০৫ ডিগ্রির উপরে না হইলে ইহা কখন ব্যবহার করা উচিত নহে এবং উক্ত স্থলে ব্যবহার করিতে হইলেও অল্পক্ষণের জন্য করা কর্ত্তব্য আর রোগীর উপর দৃষ্টি রাখা কর্ত্তব্য। উত্তাপ মধ্যবিধ হইলে বন্ধ করা আবশ্যক। তরুণ বাত-রোগের উত্তাপবৃদ্ধি খর্ব্ব করিবার জন্য যেরূপ রোগীকে শীতল জলে বসান যায়, সুতিকাবস্থায় রোগীকে সেরূপ করা অসম্ভব। রোগীকে ম্যাকৃইণ্টশ্ চাদরে শয়ন করাইলে অথবা জলশয্যায় রাখিলেও একই ফল হয়। জল-গদিতে রাখিতে গেলে মধ্যে মধ্যে নূতন শীতল জল গদিমধ্যে প্রবেশ করাইতে হয় এবং রোগীর দেহে জলসিক্ত তোয়ালে ক্রমাগত বদ্‌লাইতে হয় এবং যাহাতে তোয়ালে গরম না হইতে পায়, তজ্জন্য পরিচারকগণকে বিশেষ করিয়া বলিয়া দিতে হয়। এই শৈত্যপ্রয়োগ-কালে ঘন ঘন দৈহিক উত্তাপ থার্মোমিটার্ দ্বারা দেখা কর্ত্তব্য এবং যেই উহা ১০১° ডিগ্রিতে নামে, তখনই শৈত্যপ্রয়োগ বন্ধ করা আবশ্যক। অন্যান্য ঔষধির মধ্যে তার্পিন্ ব্যবহার করিতে অনেকে পরামর্শ দেন। বিশেষতঃ ডাব্‌লিন্ নগরের চিকিৎসকগণ ইহার বড় সুখ্যাতি করেন। যথায় উদরাধ্মান ভয়ানক থাকে এবং নাড়ী ক্ষুদ্র ও দুর্ব্বল, তথায় ইহা দ্বারা বিশেষ উপকার হয়, সন্দেহ নাই এবং তথায় উহা স্নায়বীক উত্তেজকের ন্যায় কার্য্য করে। ১৫।২০ বিন্দু তার্পিন্ মিউসিলেজের সহিত মিলাইয়া অনায়াসে সেবন করান যাইতে পারে; যদিও ইহার আস্বাদন ওক্কারজনক, তথাপি এই উপায়ে দিলে সেবন করিতে গ্লানি হয় না।

তার্পিন্ প্রয়োগ।

বিরেচক, ঘর্ম্মকারক অথবা বমনকারক ঔষধিদ্বারা বিষ নিঃসৃত করা যাইতে পারে। প্রথমোক্ত ঔষধিগুলি শ্রোডার্ প্রভৃতি জার্ম্মান্ চিকিৎসকগণ ব্যবহার করিতে পরামর্শ দেন এবং প্রাচীন কালে ইংলণ্ডেও ইহাদের বহুল প্রচার ছিল ও প্রাচীন গ্রন্থকর্ত্তাগণ ইহার অনেক সুখ্যাতি করিয়াছেন। “অবষ্টেট্রিক্ জার্ম্মান্” নামক মাসিক পত্রের প্রথম খণ্ডে মিঃ মর্টন্ নামক এক জন সাহেব একটি প্রবন্ধ লিখেন। ইহাতে এই ঔষধিদ্বারা যে যে স্থলে বিশেষ উপকার হইয়াছে, তাহার উল্লেখ করিয়াছেন। তিনি ৩।৪ গ্রেণ্ ক্যালোমেল্, কম্পাউণ্ড্ এক্‌ষ্ট্রাক্ট্ অফ্ কলসিন্থের সহিত দিয়া থাকেন।

নিঃসারক ঔষধ।

ইহা দ্বারা কোষ্ঠ বেশ্ পরিষ্কার হয়। যথায় কোষ্ঠবদ্ধ থাকে, তথায় মৃদু বিরেচক দ্বারা কোষ্ঠ পরিষ্কার করা যুক্তিসঙ্গত বটে, কিন্তু এই রোগে ভয়ানক দুর্ব্বলকারী উদরাময় আনুষঙ্গিক লক্ষণ বলিয়া কেহ কেহ ইহার বিরুদ্ধে মত প্রকাশ করেন। বিশেষতঃ এই উপায়ে বিষ নিঃসৃত করা যায় তাহার কোন প্রমাণ না থাকায়, ইহা ব্যবহার না করাই ভাল। তবে রোগের প্রথমাবস্থায় দুই একবার মৃদু বিরেচক দিতে কোন বাধা নাই।

পচন নিবারণের ঔষধি সেবন।

ভবিষ্যতে গবেষণা দ্বারা রক্ত-দোষ নষ্ট করিবার কোন না কোন উপায় বাহির হইবার সম্ভাবনা আছে। এই উদ্দেশে সাল-ফাইট্‌স্ ও কার্ব্বলেট্‌স্ দেওয়া গিয়া থাকে; কিন্তু ইহা দ্বারা এখনও কোন বিশেষ ফল লাভ করা যায় নাই।

টিংচার অফ্ পার্ক্লোরাইড্ অফ্ আয়রণ্।

শস্ত্রচিকিৎসার সপূয জ্বরে টীংচার অফ্ দি পার্ক্লোরাইড্ অফ্ আয়রণ্ দ্বারা যেরূপ উপকার হয়, তদ্দৃষ্টে এই রোগে ইহা সেবন করান যাইতে পারে। রোগ মৃদু হইলে বিশেষতঃ স্থানিক প্রদাহ হইয়া সেই স্থান পাকিয়া উঠিলে ৩। ৪ ঘন্টা অন্তর এই ঔষধি ১০।২০ বিন্দু দিলে বিশেষ উপকার হয়। কিন্তু রোগ তীব্র হইলে অন্য ঔষধি দিতে হয়। লৌহঘটিত এই ঔষধের এক দোষ এই যে, ইহা দ্বারা বমনেচ্ছা ও বমন হইয়া থাকে।

অহিফেন ঘটিত ঔষধি।

অস্থিরতা, উত্তেজনা এবং অনিদ্রা প্রধান লক্ষণ হইলে অবসাদক ঔষধি আবশ্যক হয়। এরূপ স্থলে রাত্রিতে অহিফেনঘটিত ঔষধি দেওয়া কর্ত্তব্য। ব্যাট্‌লির আরক, নিপেন্থি অথবা ত্বক্ ভেদ করিয়া মর্ফিয়ার পিচকারি সর্ব্বাপেক্ষা উৎকৃষ্ট।

স্থানিক উপসর্গের চিকিৎসা।

বেদনা প্রভৃতি স্থানিক উপসর্গ সাধারণ নিয়মে চিকিৎসা করিতে হয়। পরিবেষ্ট-প্রদাহ স্পষ্ট হইলে বেদনা প্রভৃতির নিমিত্ত অত্যন্ত যাতনা হয়। এই অবস্থায় স্বেদ ও পোলটিস্ দ্বারা বিশেষ উপকার হয়। তার্পিন্ ষ্টুপ্‌স্ অর্থাৎ ফুটন্ত জলে ফ্লানেল্ সিক্ত করিয়া নিংড়াইয়া লইয়া তাহার উপর তার্পিন্ ছড়াইয়া ঐ ফ্লানেল্ বেদনা অথবা আধ্মান-স্থানে লাগাইলে উপকার হয়। আধ্মানজন্য অত্যন্ত যাতনা হইলে তার্পিনের পিচকারি দিলে বিশেষ উপকার হয়। পরিবেষ্ট-প্রদাহের

যন্ত্রণা লাঘবের জন্য প্লেফেয়ার্ কলোডিয়ন্ ফ্লেক্সাইল্ উদরের উপর লাগাইতে বলেন। ইহাদ্বারা অত্যন্ত উপকার হয়।

এই রোগে এই সকল ঔষধই অধিক ব্যবহৃত হয়। সকল অবস্থার জন্য কোন নির্দ্দিষ্ট নিয়ম করা যাইতে পারে না। সূতিকাবস্থায় পূতিজ্বর হইলে, উহা যদি একটি স্বতন্ত্র ও বিশিষ্ট রোগ না হয়, তবে চিকিৎসকের রোগ-জ্ঞানানুসারে এবং বিভিন্ন স্থলের লক্ষণানুসারে ইহার চিকিৎসা করিতে হয়।

ষষ্ঠ পরিচ্ছেদ।

সূতিকাবস্থায় শিরা সমবরোধন ও অণুসমবরোধন।

সমবরোধন (থ্রম্বোসিস্) শ্রেণীতে সূতিকাবস্থার অনেকগুলি পীড়া ভুক্ত করা যাইতে পারে। এই সকল পীড়ার বিষয়ে যেরূপ মনোযোগ আবশ্যক তদ্রূপ করা হয় নাই। প্রসবের পর অকস্মাৎ মৃত্যু যে কারণে হয়, তন্মধ্যে অধিকাংশেরই প্রকৃত কারণ কেবল অল্পদিন হইল প্রকাশ পাইয়াছে। হৃৎপিণ্ডের দক্ষিণ ভাগে এবং ফুসফুসধমনীর মধ্যে জমাট রক্ত বদ্ধ হইয়া অনেক স্থলে প্রসবের পর হঠাৎ মৃত্যু হয়। এই জমাট রক্ত দূর হইতে আসিয়া উক্ত স্থলে আবদ্ধ হইতে পারে অথবা উক্ত স্থানেই উৎপন্ন হইতে পারে। এইটিই ক্রমশঃ বুঝান যাইবে। এই উভয় প্রকার ঘটনার পরিণাম যদিও এক এবং ইহাদের লক্ষণও অধিকাংশ একই প্রকার, তথাপি এই উভয়ের ইতিবৃত্ত সাবধানে বিচার করিলে জানা যাইবে যে, ইহাদের উৎপত্তি বিভিন্ন প্রকার; সুতরাং ইহাদের সম্বন্ধে ভ্রম হওয়া উচিত নহে। এই দুইটির মধ্যে প্রথমটির উৎপত্তি এইরূপে হয়। দেহের শাখা-বিভাগে কোন স্থানের শিরামধ্যে রক্ত জমিয়া সমবরোধন উৎপন্ন করে। এই সমবরোধক পদার্থ পরিণামে আচে স্থিত

সূতিকাবস্থায় শিরা-সমবরোধন ও তাহার ফল।

হইবার জন্য ইহাতে অপকৃষ্ট পরিবর্ত্তন হইতে থাকে। এমন অবস্থায় ঐ পদার্থের কিয়দংশ বিচ্ছিন্ন হইয়া শোণিতস্রোতে ভাসিয়া হৃৎপিণ্ডে অথবা ফুসফুস-ধমনীমধ্যে আবদ্ধ হয়। শেষোক্ত ঘটনাটি এইরূপে উৎপন্ন হয়। গর্ভাবস্থায় এবং সুতিকাবস্থায় রক্তের পরিবর্ত্তন জনিত উহাতে ফিব্রিণ উৎপন্ন হইয়া থাকে এবং এই ফিব্রিণ হৃৎপিণ্ড কি ফুসফুস ধমনীমধ্যে রক্ত জমাইয়া দেয়। রক্তবহা নাড়ীমধ্যে রক্ত জমাট বাঁধিলে ঐ নাড়ীর ছিদ্র বন্ধ হইয়া যাওয়ায় মৃত্যু ঘটে। কিন্তু কোন দূরস্থ রক্তবহা নাড়ীমধ্যে ঐরূপ জমাট বাঁধিলে সত্বর মৃত্যু না হইয়া বিবিধ লক্ষণ প্রকাশ পায়। এইরূপ দূরস্থ রক্তবহা নাড়ীমধ্যে রক্ত জমাট বাঁধিয়াই ফ্লেগ্‌মেশীয়া ডোলেন্স্ নামক রোগ উৎপন্ন হয়। ইহার বিষয় পরে বলা যাইবে। কিন্তু এই রোগের যেরূপ স্পষ্ট অনুভবনীয় লক্ষণ প্রকাশ পায়, তদনুসারে অনেকে বহুকালাবধি ইহাকে কোন বিশেষ কারণোদ্ভূত একটি স্বতন্ত্র পীড়া বলিয়া বর্ণনা করিয়া আসিতেছেন। রক্তের যে পরিবর্ত্তনানুসারে ইহা এবং অন্যান্য রোগ উৎপন্ন হয়, তাহা কেহই লক্ষ্য করেন নাই।

দূরস্থ রক্তবহা নাড়ী-মধ্যে রক্ত জমাট বাঁধিবার এক ফল, ফ্লেগ্‌মেশিয়া ডোলেন্স রোগ।

এই সকল বিভিন্ন অবস্থা দৃশ্যতঃ বিভিন্ন হইলেও পরস্পর নিকট সম্বন্ধ-বিশিষ্ট এবং বস্তুতঃ তাহারা একই কারণ হইতে উৎপন্ন, ইহা ক্রমশঃ বুঝান যাইবে। এইটি স্পষ্ট বুঝিলে ইহাদের স্বরূপ ও প্রকৃতি সম্বন্ধে যথার্থ জ্ঞান হইবে। সাধারণতঃ এইগুলিকে স্বতন্ত্র ও পৃথক রোগ বলিয়া বিশ্বাস থাকায় এত ভ্রম হইয়া থাকে। ফ্লেগ্‌মেশীয়া ডোলেন্স্ রোগের নিদান বিষয়ে যেরূপ অধিক মনোযোগ দেওয়া হইয়াছে, এরূপ সূতিকাবস্থার অন্য কোন রোগে দেওয়া হয় নাই। এই রোগটি কেবল শিরা বন্ধ হওয়ায় উৎপন্ন হইলে, কেন ইহাতে আক্রান্ত অঙ্গ এত অধিক স্ফীত, উজ্জ্বল ও টানটান্ দেখায়, তাহা বুঝা যায় না। ডাং টিল্‌বেরী ফক্স প্রভৃতি চিকিৎসকগণ বলেন যে লসিকা নাড়ী অবরুদ্ধ হইলে এই রোগ উৎপন্ন হয়। কিন্তু যদিও ইহাদের মত যুক্তিসঙ্গত বলিয়া বোধ হয়, তথাপি ইহা প্রকৃত কিনা এবং ইহা কোন অজ্ঞাত কারণ হইতে উৎপন্ন কি না, তাহা ভবিষ্যৎ গবেষণা দ্বারা নির্দ্দিষ্ট হইবে। যাহা হউক রক্তবহা নাড়ীমধ্যে সমবরোধন থাকাই এই রোগের

প্রধান কারণ, তাহাতে কোন সন্দেহ নাই। ফুসফুস্-ধমনী সমবরুদ্ধ হইয়া যে সকল গুরুতর রোগ হয়, এই রোগের উৎপত্তি ও ইতিবৃত্ত যে তদ্রূপ তাহা প্রমাণ করা কঠিন নহে। যে কারণে সূতিকাবস্থায় রক্ত জমাট বাঁধিবার সম্ভাবনা এত অধিক হয়, প্রথমে তাহাই বলিয়া পরে বিভিন্ন স্থানের রক্তবহা নাড়ীমধ্যে রক্ত জমাট বাঁধিলে কি প্রকার লক্ষণ হয় ও তাহার পরিণাম কি হয়, তাহা বলিলে ভাল হইবে।

যে কারণে সমবরোধন উৎপন্ন হয়।

ভির্কো, বেঞ্জামিন্ বল্, হাম্ফ্রে, রিচার্ড্সন্ প্রভৃতি পণ্ডিতগণের গবেষণা-দ্বারা যে প্রকারে রক্তবহা নাড়ীমধ্যে রক্ত জমাট বাঁধে, তাহা আমরা জানিতে পারিয়াছি। প্রণালীগুলি এই,—

১। রক্তসঞ্চরণ মন্দীভূত অথবা একেবারে বন্ধ হইয়া, যথা—বৃদ্ধ ও শয্যাগত ব্যক্তিগণের পশ্চাদ্দেশ হইতে যে রক্ত শিরায় যায়, সেই রক্ত তন্মধ্যে জমাট বাঁধে অথবা এম্ফিসীমা, ফুসফুস-প্রদাহ কিংবা ফুসফুস মধ্যে রক্তবহা নাড়ী ছিন্ন হওয়ায় রক্তপাত হইয়া ফুসফুসের কৈশিক নাড়ী মধ্যে রক্তসঞ্চরণের বিঘ্ন ঘটে বলিয়া ফুসফুস্ ধমনীমধ্যে রক্ত জমাট বাঁধে।

২। কোন পদার্থ কর্ত্তৃক রক্তবহা নাড়ীমুখ বন্ধ হইলে তাহার চতুর্দ্দিকে রক্ত জমাট বাঁধে। ইহা দুই প্রকারে হইতে পারে। প্রথম, রক্তবহা নাড়ীর কোন কোন পীড়া জন্য হইতে পারে অথবা ফুসফুস-ধমনীমধ্যে দূর হইতে অণুসমবরোধন আসিয়া আবদ্ধ হইলে ঐ অণুসমবরোধনের চতুর্দ্দিকে গৌণে রক্ত জমাট বাঁধে। ৩য়টি সর্ব্বাপেক্ষা অধিক গুরুতর। ইহাতে রক্তের পীড়া-জনিত পরিবর্ত্তন জন্য রক্ত জমাট বাঁধে। ইহার দৃষ্টান্ত নানাবিধ রোগে দেখিতে পাওয়া যায় যথা—বাত কিম্বা জ্বর রোগে রক্তের ফিব্রিণের অংশ বৃদ্ধি পায় এবং উহাতে রোগজনিত পদার্থ অনেক জমে। বড় বড় শস্ত্রক্রিয়ার পর বিশেষতঃ যথায় অধিক রক্তপাত হইয়াছে অথবা যথায় রোগী অত্যন্ত দুর্ব্বল এবং রক্তহীন, তথায় উক্ত কারণে সমবরোধন উৎপন্ন হওয়া বিরল নহে। সুবিখ্যাত ডাং ফেরার্ প্রভৃতি শস্ত্রচিকিৎসকগণ এই সম্বন্ধে বিশেষ বর্ণনা করিয়াছেন এবং তাঁহাদেরও মতে ইহা নিতান্ত বিরল নহে।

সূতিকাবস্থায়

সূতিকাবস্থায় শিরা-সমবরোধন কেন এত অধিক হইবার সম্ভাবনা, তাহা অনায়াসে বুঝিতে পারা যায়; কারণ সমবরোধন

যে কারণে রক্ত জমাট বাঁধে।

যেসকল কারণে উৎপন্ন হয় সূতিকাবস্থায় তাহাদের অধিকাংশই উপস্থিত থাকে। এই সকল কারণ সম্ভবতঃ অন্য কোন কালে এত অধিক বর্ত্তমান থাকে না, এবং এত বিভিন্নরূপে মিলিতও হয় না। গর্ভকালে রক্তে ফিব্রিণের আধিক্য থাকে এবং গর্ভকাল যতই অগ্রসর হয়, ফিব্রিণের পরিমাণও তত বৃদ্ধি পায়; অবশেষে উহা এত অধিক হয় যে, (আন্দ্রাল্ এবং গ্যাভারেট্ প্রমাণ করিয়াছেন) উহা অগর্ভবস্থার গড় পরিমাণ অপেক্ষা ⅓ অংশ অধিক হয়। তাহার পর যেমন প্রসব হয়, রক্তে ত্যাজ্য পদার্থ আরও অধিক হইতে থাকে। অতিবিবৃদ্ধ জরায়ু স্বাভাবিক আকারে পরিণত হইবার প্রক্রিয়ায় রক্তে ত্যাজ্য পদার্থ জমিতে থাকে এবং যত দিন এই প্রক্রিয়া সমাপ্ত না হয়, তত দিন এই সকল পদার্থ অল্পাধিক বর্ত্তমান থাকে। একটি প্রাচীন প্রবাদ আছে যে, যাহাদের প্রসবকালে অধিক রক্তস্রাব হয়, তাহাদেরই ফ্লেগমেশীয়া-ডোলেন্স রোগ অধিক হয়। ডাং লীশ্ম্যান্ বলেন "যে সকল স্ত্রীলোকদিগের প্রসবের পূর্ব্বে অথবা পরে অধিক রক্তস্রাব হইয়া দেহ অবসন্ন হইয়া পড়ে, তাহাদের মধ্যে এই রোগ যত অধিক হয় এত অন্য কাহারও নহে। ডাং মেরিম্যান্ও বলেন যে, প্লাসেণ্টা প্রীভিয়া অর্থাৎ পরিস্রবাগ্রসর প্রসব যাহাদের হয়, তাহাদেরই উক্ত রোগ অধিক হইয়া থাকে। সুতরাং ইহাদ্বারা ডাং লীশ্ম্যানের মত সমর্থিত হইতেছে। ফুসফুস-ধমনীর সমবরোধন জন্য যাহাদের মৃত্যু হইয়াছে, তাহাদের রোগের ইতিবৃত্ত অনুসন্ধানে জানা গিয়াছে যে, তাহাদের অধিকাংশেরই প্রসবের পর অধিক রক্তস্রাব হইয়াছিল। প্রসবের পর অধিক রক্তস্রাব জন্য যে অবসাদ হয়, তাহাই ধমনী-সমবরোধের প্রবর্ত্তক কারণ। ডাং রিচার্ড্সন্ স্পষ্ট প্রমাণ করিয়াছেন যে, রক্তস্রাবই ইহার পূর্ব্বকারণ। তিনি বলেন, "রক্ত জমাট বাঁধিবার এবং উহাতে ফিব্রিণ্ উৎপন্ন হইবার একটি কারণ বহুকালাবধি জানা আছে; তাহা কেবল রক্তস্রাব এবং তজ্জনিত দৈহিক অবসাদ। অতএব সূতিকাবস্থায় সমবরোধনের যখন এত প্রবর্ত্তক কারণ রহিয়াছে, তখন ইহা যে সচরাচর ঘটিবে তাহা বিচিত্র নহে এবং ইহাদ্বারা মধ্যে মধ্যে যে বিপদ ঘটিবে, তাহাও আশ্চর্য্য নহে। কিন্তু আশ্চর্য্যের বিষয় এই যে, এত দিন পর্য্যন্ত চিকিৎসকগণ রক্ত জমাট বাঁধিবার একটি মাত্র ফলের বিষয়ে

মনোযোগ করিয়াছেন; তাহার কারণ বোধ হয়, ইহা সচরাচর ঘটিয়া থাকে এবং ইহার লক্ষণগুলি স্পষ্ট দেখিতে পাওয়া যায়। কোন প্রকার রক্ত দোষ জন্য শিরা বদ্ধ হইয়া ফ্লেগমেশীয়া ডোলেন্স্ রোগ উৎপন্ন হয়, ইহা চিকিৎসকগণ সম্প্রতি স্বীকার করিয়াছেন সত্য বটে, কিন্তু ডাং প্লেফেয়ার্ যেরূপ একই কারণ-সমুদ্ভূত ফুসফুস্-ধমনীর সমবরোধন বিষয় সবিস্তার বর্ণনা করিয়াছেন, তাহা যদিও বিরল তথাপি অত্যন্ত গুরুতর হইলেও কেহই সে বিষয়ে অধিক মনোনিবেশ করে নাই। সূতিকাবস্থায় শিরা-সমবরোধন যে কেবল এই শিরাগুলিতেই হয়, অন্যত্র হয় না এমত নহে; কিন্তু অন্যত্র শিরাসমবরোধন হইলে তাহার লক্ষণ ও পরিণাম জানা নাই, বোধ হয় ভবিষ্যতে এ বিষয় স্থির হইবে। অতএব প্রথমে হৃদুদরের দক্ষিণ বিভাগে ও ফুস্ফুস্-ধমনীমধ্যে রক্ত জমাট বাঁধিলে যেসকল লক্ষণ হয় এবং তাহাদের নিদান যেরূপ, তাহাই বর্ণনা করা যাইতেছে। এস্থলে ইহাও স্মরণ রাখা কর্ত্তব্য যে, এই সমবরোধন অণুসমবরোধন হইতে সম্পূর্ণ বিভিন্ন। অন্যত্র ধমনীমধ্যে সমবরোধন উৎপন্ন হইলে তথা হইতে অণুসমবরোধন বিযুক্ত হইয়া ফুস্ফুস ধমনী অথবা হৃদুদরে আবদ্ধ হওয়ায় অণুসমবরোধন উৎপন্ন হয় অতএব অণুসমবরোধন উৎপন্ন হইবার জন্য প্রথমে সমবরোধন থাকা আবশ্যক। বস্তুত অণুসমবরোধন সমবরোধনের গৌণ ফল; ইহা একটি স্বতন্ত্র পীড়া নহে। কিন্তু আমরা উপস্থিত যাহা বর্ণনা করিতেছি, তাহা একটি প্রাথমিক রোগ এবং ফ্লেগমেশীয়া ডোলেন্স রোগ যেরূপ শিরা আবদ্ধ হইয়া উৎপন্ন হয়, ইহারও উৎপত্তি ঠিক সেইরূপ।

(সমবরোধন ও অণুসমবরোধনের প্রভেদ।)

প্রস্তাব আরম্ভের পূর্ব্বেই একটি আপত্তি খণ্ডন করিতে হইবে। যাঁহারা এই বিষয়ে কিছু লিখিয়াছেন, তাঁহাদের মধ্যে অনেকে এই আপত্তি করেন যে, হৃদুদরের দক্ষিণ বিভাগে ও ফুস্ফুস্ধমনীমধ্যে আপনা আপনি রক্ত জমাট বাঁধা দৈহিক বিধিমতে অসম্ভব। এই আপত্তিটি ভির্কো ও তাঁহার মতাবলম্বী ব্যক্তিগণ উত্থাপিত করেন। তিনি বলেন, যেখানে ফুস্ফুস্-নাড়ী অবরুদ্ধ হইয়া মৃত্যু হইয়াছে, সেখানে অণুসমবরোধনই রোগের আদি কারণ এবং ইহার চতুর্দ্দিকে গৌণে ফিব্রিণ্ জমিয়াছে। ভির্কো আরও বলেন যে সমবরোধন হইতে

(ফুস্ফুস্ ধমনীমধ্যে প্রাথমিক সমবরোধন সম্ভব কি?)

গেলে রক্তস্রোত মন্দীভূত অথবা একেবারে বন্ধ থাকা আবশ্যক; সুতরাং দক্ষিণ হৃদুদর হইতে রক্ত যেরূপ বেগে চালিত হয়, তাহাতে তথায় রক্ত জমাট বাঁধা নিতান্ত অসম্ভব। কিন্তু এই মতটি সম্পূর্ণ আনুমানিক। ইহার যুক্তি-গুলি যদিও সঙ্গত তথাপি রোগের ইতিবৃত্ত পাঠ করিয়া রক্ত আপনা হইতেই জমাট বাঁধে বলিয়া বিশ্বাস হয়।

ফুসফুস্ মধ্যে ধমনীগণ যে ভাবে বিন্যস্ত থাকে, তাহা দেখিলে কিরূপে তন্মধ্যে রক্ত আপনা হইতে জমাট বাঁধিবার সুবিধা হয়, তাহা বুঝা যায়। ডাং হাম্ফ্রে দেখাইয়াছেন যে, "ফুস-ফুস্‌ফুমনী একেবারে কতকগুলি শাখা ধমনীতে বিভক্ত হয় এবং ইহারা ফুসফুসের বিভিন্ন অংশে বিভিন্ন প্রকারে প্রবেশ করে। সুতরাং রক্তস্রোত অনেকটা স্থানের উপর দিয়া বাহিত হয় এবং এই স্থানের অনেক কোণও লক্ষিত হয়। এই উভয় কারণে রক্তস্রোত বাধাপ্রাপ্ত হয় ও রক্ত আপনা হইতে জমাট বাঁধিবার সুবিধা হয়। আবার যাঁহাদের রক্তস্রাব জন্য সমধিক দৌর্ব্বল্য হয়, তাহাদের হৃৎপিণ্ডের কার্য্যও সবলে সম্পাদিত হয় না; কাজেই ইহাদেরই মধ্যে সমবরোধন অধিক দেখা যায়। ফুসফুস্-ধমনীমধ্যে আপনা হইতে রক্ত জমাট বাঁধা অসম্ভব যাঁহারা বলিয়া থাকেন, উক্ত বিষয় জানা থাকিলে তাঁহাদের আপত্তি অনায়াসে খণ্ডন করা যায়।

ফুস্‌ফুস্ ধমনীগণের যেরূপ বিন্যাস, তা-হাতে সমবরোধনের সহায়তা হয়।

যেসকল গ্রন্থে মৃতদেহ পরীক্ষার ফল লিপিবদ্ধ আছে, তাহা পাঠ করিলে জানা যায় যে, অনেক স্থলে হৃদুদরের দক্ষিণ বিভাগে এবং ফুসফুস্-ধমনীর বড় বড় শাখায় দৃঢ়, চর্ম্মবৎ, বিবর্ণ এবং স্তরে স্তরে জমাট রক্ত দেখিতে পাওয়া যায়। ইহা কখনই অল্প সময়ের মধ্যে উৎপন্ন হইতে পারে না। যাঁহারা অণুসমবরোধন মতাবলম্বী, তাঁহারা বলেন যে এই জমাট রক্ত একটি প্রাথমিক অণুসমবরোধনের চতুর্দ্দিকে গৌণে উৎপন্ন হয়। কিন্তু যে কৃত্রিম কারণে রক্ত আপনা হইতে জমাট বাঁধিতে পারে না, সেই কারণেই উহা অণুসমবরোধনের চতুষ্পার্শ্বে জমাট বাঁধিতে পারিবে না। তবে অণুসমবরোধনদ্বারা যদি এত অধিক প্রতিবন্ধক হয় যে, তজ্জন্য রক্ত চলাচল একেবারে বন্ধ হইয়া যায়, তাহা হইলে রক্ত তাহার চতুষ্পার্শ্বে জমাট

মৃতদেহ পরীক্ষার ফল।

বাঁধিতে পারে; কিন্তু এস্থলে রক্ত জমাট বাঁধিবার পূর্ব্বেই মৃত্যু হয়; সুতরাং ইহাও অসম্ভব। অণুসমবরোধন মতটি বিশ্বাস করিতে হইলে দেহের কোন না কোন স্থানে সমবরোধন থাকা আবশ্যক, যথা হইতে অণুসমবরোধন বিযুক্ত হইবে। কিন্তু যতগুলি মৃতদেহ পরীক্ষা করা গিয়াছে, তন্মধ্যে অনেকেরই দেহে এরূপ কিছুই দেখা যায় নাই। কেহ কেহ বলেন যে, ইহা দেখিবার জন্য কেহ যত্ন করেন নাই বলিয়া উপেক্ষিত হইয়াছে; কিন্তু সকলেই উপেক্ষা করিয়াছেন ইহা সম্ভব নহে।

রোগের ইতিবৃত্ত এই মতের সাপক্ষে।

ফুস্ফুস্ ধমনীমধ্যে আপনা হইতে সমবরোধন হইতে পারে, ইহার সাপক্ষে ডাং প্লেফেয়ার্ কতকগুলি প্রবন্ধমধ্যে হেতু প্রদর্শন করিয়াছেন। এই সকল প্রবন্ধের নাম "ফুস্-ফুস্-ধমনীর সমবরোধন ও অণুসমবরোধন, সূতিকা অবস্থায় মৃত্যুর এক কারণ।" এই প্রবন্ধমধ্যে তিনি প্রসবের পর অকস্মাৎ মৃত্যুর ২৫টি ঘটনা লিপিবদ্ধ করিয়াছেন। এই ২৫টির মৃতদেহ অতি সাবধানে পরীক্ষা করা হইয়াছিল। ইহাদ্বারা স্থির হইয়াছে যে, সমবরোধন ও অণুসমবরোধন উভয়ের মধ্যে স্পষ্ট প্রভেদ আছে। প্রসবের পর সত্বর মৃত্যু হইলে সমবরোধন এবং বিলম্বে মৃত্যু হইলে অণুসমবরোধনজন্য মৃত্যু হইয়া থাকে। এই সকল ঘটনার মধ্যে ৭টিতে অণুসমবরোধনের চিহ্ন স্পষ্ট পাওয়া যায়। ইহাদের সকলেরই বিলম্বে মৃত্যু হয়, ১৯ দিনের পূর্ব্বে কেহই মরে নাই। আর ১৫ জনের মৃতদেহপরীক্ষাদ্বারা অণুসমবরোধনের কোন চিহ্নই পাওয়া যায় না। ইহাদের মধ্যে এক জন ব্যতীত সকলেরই ১৪ দিনের পূর্ব্বে, কাহার কাহার দুই তিন দিনের মধ্যে, মৃত্যু হয়। ইহার কারণ এই যে সমবরোধনের অপকৃষ্ট পরিবর্ত্তন হইয়া তথা হইতে অণুসমবরোধন বিযুক্ত হইতে সময় লাগে, কিন্তু যে সময়ে ও যে কারণে দেহশাখায় শিরা-সমবরোধন হয় ঠিক-সেই সময়েও সেই কারণে ফুস্ফুস-ধমনীতে সমবরোধন উৎপন্ন হওয়ায় শীঘ্র মৃত্যু হয়। ডাং প্লেফেয়ার্ ইহার পর আরও অনেক ঘটনা সংগ্রহ করিয়া রাখিয়াছেন।

আর একটি বিষয় জানিতে পারিলে উক্ত সিদ্ধান্ত সমর্থন করা যাইতে পারে। দুই এক স্থলে ফুস্ফুস্-ধমনী সমবরুদ্ধ হইবার স্পষ্ট লক্ষণ উপস্থিত

হইলেও তথায় সত্বর মৃত্যু হয় নাই এরূপ দেখা গিয়াছে; কিন্তু তথায় অনতি-বিলম্বে দেহশাখাস্থ শিরা-সমবরোধনজন্য এক উরুতে ফ্লেগ্মেশীয়া ডোলেন্স রোগ হইতে দেখা যায়। এস্থলে একই কারণে ফুসফুস্-ধমনী সমবরোধনের ফলে দেহ-শাখাস্থ শিরা-সমবরোধন ঘটিয়াছিল, সুতরাং যে ঘটনা-পরম্পরা দেখিয়া অণুসমবরোধন মতটি উদ্ভূত হইয়াছে, এ স্থলে তাহার বিপর্য্যয় দেখা যাইতেছে। অতএব যাঁহারা হৃদুদর ওফুসফুস্-ধমনীমধ্যে আপনা হইতে রক্ত জমাট বাঁধা অসম্ভব বলেন তাঁহারা উত্তমরূপে বিচার না করিয়াই বলিয়া থাকেন। এই ঘটনাটি বিরল হইলেও এত অধিক গুরুতর যে, ইহার প্রতি বিশেষ মনোযোগ করা আমাদের কর্ত্তব্য।

ইতিবৃত্ত। দক্ষিণ হৃদুদর ও ফুস্ফুস-ধমনী মধ্যে আপনা হইতে রক্ত জমাট বাঁধিলে সূতিকাবস্থায় অকস্মাৎ মৃত্যু হইয়া থাকে, ইহা সর্ব্ব-প্রথমে ফিলাডেল্‌ফিয়া নগরের ডাঃ চার্লস্ ডি, মীগস্ সাহেব নিরূপণ করেন। ১৮৫৫ খৃঃ অঃ অর্থাৎ মীগস্ সাহেবের চারিবৎসর পূর্ব্বে বিলাতের প্যাজেট্ সাহেব একটি প্রবন্ধ লিখিয়াছিলেন; তন্মধ্যে ইহার উল্লেখ আছে। প্যাজেট্ সাহেবের উল্লিখিত ঘটনা যদিও সূতিকাবস্থায় কাহারও হয় নাই, তথাপি রোগের স্বরূপ তিনি স্পষ্টরূপে বর্ণনা করিয়াছেন। ১৮৫৫ খৃঃ অঃ হেকার্ সাহেব ইহার অধিকাংশকে অণুসমবরোধন বলিয়া বর্ণনা করেন। সেই অবধি অনেকেই তাঁহার মতাবলম্বী আছেন। ইহাঁরা বলেন যে, আপনা হইতে রক্ত জমাট বাঁধা অতি অল্পস্থলেই হয়, যথা—যে স্থলে ফুস্ফুস্ মধ্যে কোন প্রতিবন্ধক থাকে, তথায় কিম্বা মৃত্যুর অনতিপূর্ব্বে যে ভয়ানক দৌর্ব্বল্য হয়, তজ্জন্য ফুসফুস-ধমনীর ক্ষুদ্রতর শাখামধ্যে রক্ত জমাট বাঁধে এবং ক্রমশঃ পশ্চাতে হৃৎপিণ্ডের দিকে অগ্রসর হয়।

ফুসফুস্-ধমনী বদ্ধ হইবার লক্ষণ। ফুসফুসধমনী সমবরুদ্ধ কি অণুসমবরুদ্ধ হউক, লক্ষণ একই প্রকার হইয়া থাকে এবং এই লক্ষণ একবার দেখিলে আর ভুল হয় না। অনেক স্থলে রোগ এত অকস্মাৎ উপ-স্থিত হয় যে, এই আকস্মিকতা ইহার একটি বিশেষ লক্ষণ। প্রথম হইতে এমন কোন লক্ষণই থাকে না, যদ্দ্বারা আসন্ন বিপদের অণুমাত্র আশঙ্কা করা যাইতে পারে। অকস্মাৎ ভয়ানক কষ্টকর শ্বাসকৃচ্ছ্রতা উপস্থিত হয়। রোগী

শ্বাস গ্রহণজন্য অতি ভয়ঙ্কর চেষ্টা করে; কিছু বায়ু গ্রহণ করিবার আশায় বক্ষঃ হইতে বস্ত্রাদি ছিন্ন করিয়া ফেলে এবং চিকিৎসক আসিবার পূর্ব্বেই শ্বাসাবরোধে প্রাণ ত্যাগ করে।

মুখ ও বক্ষের মাংসপেশী সকল রক্তকে অম্লজনযুক্ত করিবার চেষ্টায় ভয়ানক আক্ষিপ্ত হয় এবং দেখিতে মৃগীরোগের আক্ষেপের মত হয়। মুখ পাংশুবর্ণ অথবা গাঢ় নীলিমা প্রাপ্ত হয়। আর একটি ঘটনার কথা ডাং প্লেফেয়ার অন্যত্র বর্ণনা করিয়াছেন। এই রোগীকে দেখিতে তাঁহার সহিত কিংস কলেজ চিকিৎসালয়ের রেসিডেণ্ট ধাত্রীচিকিৎসক মিং পেড্‌লার আসিয়াছিলেন। এই রোগীর যথার্থ অণুসমবরোধন হইয়াছিল। পেড্‌লার সাহেব তাহাকে দেখিয়া বলেন "রোগীর ভয়ানক শ্বাসকৃচ্ছতা হইয়াছিল, তাহার আকৃতি অত্যন্ত পাংশুবর্ণ, ওষ্ঠদ্বয় শাদা এবং মুখ অত্যন্ত চিন্তাযুক্ত।" আর একজন প্রসবের পর দ্বাদশ দিবসে প্রকৃত সমবরোধন রোগগ্রস্ত হওয়ায় তাহার মুখ এত নীলিমাপ্রাপ্ত হইয়াছিল যে তদ্দৃষ্টে রোগীর ধাত্রী ও মাতা অত্যন্ত ভীতা হইয়াছিল। হৃৎপিণ্ডের কার্য্য অসম ও গোলমেলে হয়, কারণ উহা অবরুদ্ধ ফুস্‌ফুস-ধমনী মধ্য দিয়া গিয়া রক্ত চালিত করিবার বৃথা চেষ্টা করে। শীঘ্রই হৃৎপিণ্ড অবসন্ন হইয়া পড়ে এবং উহার কার্য্য অত্যন্ত মৃদু ও মন্দ হইয়া যায়, নাড়ীর গতি সূত্রবৎও প্রায় অনুভব করা যায় না, শ্বাস প্রশ্বাস অল্প দ্রুত হয়, কিন্তু ফুস্‌ফুসমধ্যে বায়ু প্রবেশ করিতেছে তাহা স্পষ্ট শুনা যায়। রোগীর চৈতন্য অক্ষুন্ন থাকে এবং আসন্ন মৃত্যু বুঝিয়া অধিক যন্ত্রণা পায়। এই সকল লক্ষণ প্রায়ই উপস্থিত থাকে। রোগ যেরূপ অকস্মাৎ উপস্থিত হয় ও শীঘ্র প্রাণ নাশ করে, তাহাতে লক্ষণগুলি সর্ব্বাঙ্গ সুন্দররূপে বর্ণনা করা দুরূহ হয়। এই রোগ সম্বন্ধে যাঁহারা কিছু লিখিয়াছেন, তাঁহারা একটি বিষয় বিচার করিতে বিস্মৃত হইয়াছেন।

আরোগ্যের সম্ভাবনা আছে কি না?

বিষয়টি এই—ফুস্‌ফুস্‌-ধমনী অবরুদ্ধ হইবার লক্ষণ স্পষ্ট প্রকাশ পাইলে আরোগ্যের আশা করা যাইতে পারে কি না? অবশ্য এই রোগ হইতে অব্যাহতি পাওয়া নিতান্ত বিরল ঘটনা তাহাতে সন্দেহ নাই। ডাং প্লেফেয়ার বলেন যে, কয়েকটি বিরল স্থলে যত দিন ধমনীমধ্যস্থ জমাট রক্ত আচোষিত না হয় এবং ফুস্‌ফুস্‌ মধ্যে স্বাভাবিক রক্তসঞ্চরণ পুনর্ব্বার আরম্ভ না হয়, তত দিন পর্য্যন্ত

রোগী জীবিত থাকিতে দেখা গিয়াছে। এ স্থলে ইহা বলা আবশ্যক যে, এরূপ স্থলে কথায় হয়, তথায় অবশ্যই কিয়ৎ পরিমাণে রক্ত ফুসফুসমধ্যে চালিত হইয়া জীবনী ক্রিয়া সম্পাদিত হইয়াছে; নচেৎ ফুস্‌ফুস্‌-ধমনী সম্পূর্ণ সমবরুদ্ধ হইলে, জমাট রক্ত আচোষিত হইতে না হইতে রক্তহীনতা জন্য মৃত্যু হইত। অনেকগুলি ঘটনার ইতিবৃত্তপাঠে জানা যায়, ধমনীমধ্যে জমাট রক্ত মৃত্যু হইবার বহুকাল পূর্ব্ব হইতে বর্ত্তমান থাকে; তবে রোগী কোন প্রকার পরিশ্রম করিলে, এমন কি হঠাৎ শয্যা ত্যাগ করিলেও অকস্মাৎ সাংঘাতিক লক্ষণ প্রকাশ পায়। কারণ অঙ্গ সঞ্চালন করিতে গেলেই কিছু অধিক রক্ত তথায় আবশ্যক হয়, কিন্তু ধমনী সকল অবরুদ্ধ থাকায় সেই রক্ত যাইতে পায় না, কাজেই সাংঘাতিক হইয়া পড়ে। নিদানবেত্তা প্যাজেট্ সাহেব বহুকাল হইল এই বিষয়ে বলিয়াছেন "ফুসফুস্‌মধ্যে রক্তসঞ্চরণ ন্যনাধিক এক সপ্তাহের মধ্যে অনেকটা বন্ধ হইতে দেখা যায়, তথাপি আসন্ন মৃত্যুর কোন আশঙ্কা থাকে না অথবা রোগী জানিতেই পাবে না যে তাহার কি হইয়াছে।" এই মতটি প্রমাণ করিবার জন্য তিনি কতকগুলি ঘটনা দৃষ্টান্তস্বরূপ প্রয়োগ করিয়া বলেন "এই সকল ঘটনায় ফুসফুসমধ্যস্থ জমাট রক্তের প্রকৃতি দেখিয়া জানা যায় যে, উহা জমাট বাঁধিতে এক সপ্তাহের অধিক সময় লাগিয়াছে।" ফুস্‌ফুস্‌-ধমনী সমবরুদ্ধ হইয়াও যদি কিছুকাল বাঁচা সম্ভব হয়, তাহা হইলে কোন কোন বিরল ঘটনায় সম্পূর্ণ নিরাময় হওয়াও অসম্ভব নহে। বিশেষতঃ জমাট রক্ত আচোষিত হওয়া যখন কেবল সময়সাপেক্ষ, তখন কিছু দিন সময় পাইলেই নিরাময় হওয়া অসম্ভব নহে। শাখা দেহস্থ শিরামধ্যে জমাট রক্ত আচোষিত হইবার ঘটনা প্রায়ই দেখা যায়। জমাট রক্ত আচোষিত করিবার জন্য প্রকৃতি যে প্রবল চেষ্টা করে, তাহা হাক্সে সাহেব প্রমাণ করিয়াছেন। তাঁহার মতে "সময় পাইলেই রক্ত নিশ্চয় স্বাভাবিক প্রণালীতে বাহিত হইবে।" অতএব সমবরোধন আংশিক হইলে এবং জীবনী ক্রিয়ার জন্য যথেষ্ট রক্ত যাইতে পারিলে, আর কোনরূপ পরিশ্রম জন্য বিশুদ্ধ রক্ত অধিক আবশ্যক না হইলে, রোগীর নিরাময় হইবার অসম্ভাবনা নাই।

যেখানে যেখানে এই রোগ হইতে অব্যাহতি পাইতে দেখা গিয়াছে, তথায় অধিকাংশই উক্ত প্রকারে আরোগ্য হইয়াছে। উপসর্গ।

মতটি স্বীকার না করিলে আর অন্য প্রকারে আরোগ্যহেতু বুঝা যায় না। এই সকল রোগীর লক্ষণ ফুস্ফুস্ সমবরোধনের লক্ষণ হইতে কোন প্রকারে বিভিন্ন নহে। পূর্ব্বে যাহা বর্ণনা করা গিয়াছে, ইহাতেও ঠিক সেই সকল লক্ষণ বর্ত্তমান ছিল। ইহাদের প্রতিবার এরূপ ভয়নক শ্বাসকৃচ্ছ্রতা হইত যে দেখিলে তদ্দণ্ডেই মৃত্যু হইবে বলিয়া আশঙ্কা হইত; কিন্তু পরিণামে সকলেই আরোগ্য হইয়াছিল। ডাং প্লেফেয়ার্ বলেন যে তাঁহার মতটি সত্য না হইলে অন্য কি প্রকারে ইহাদের আরোগ্যহেতু বুঝা যাইতে পারে? এই বিষয়টি অন্য কেহ এত পরিশ্রম করিয়া প্রতিপাদন করিয়াছেন কি না বলা যায় না। ডাং প্লেফেয়ার নিজের মত পোষকতার জন্য কয়েকটি নিম্নলিখিত ঘটনা লিপিবদ্ধ করিয়াছেন।

(১) কে, এইচ্ নাম্নী কৃশাঙ্গী এক যুবতীর প্রথম সন্তান হইবার সময় সুপ্রসব হয়, কিন্তু প্রসবান্তে অত্যন্ত রক্তস্রাব হয়। প্রসবের পর ৭ দিন ভাল থাকিয়া কেবল অতিরিক্ত দৌর্ব্বল্য অনুভব করিত। সপ্তম দিনে অকস্মাৎ বড় ভয়ানক শ্বাসকৃচ্ছ্রতা উপস্থিত হওয়ায় কয়েক দিন পর্য্যন্ত বড় ভয়ানক অবস্থায় রহিল। সামান্য অঙ্গ সঞ্চালনে শ্বাসকৃচ্ছ্রতা হইতে লাগিল। তাহার হৃৎপিণ্ডের মূলে কয়েক দিন পর্য্যন্ত শোঁ শো শব্দ শুনা গেল, কিন্তু এই শব্দ অল্পদিন পরেই আর শুনা গেল না। দুই মাস যাবৎ একই অবস্থায় রোগী রহিল। চুপ করিয়া শুইয়া থাকিলে কোন কষ্ট হইত না, কিন্তু উঠিতে চেষ্টা করিলে অথবা কোনরূপ পরিশ্রমের চেষ্টা করিলে তৎক্ষণাৎ শ্বাসকৃচ্ছ্রতা হইত। রোগীকে বরাবর প্রচুর পরিমাণে উত্তেজক ঔষধি দেওয়ায় তাহার শ্বাসকৃচ্ছ্রতার লাঘব হইত। পরিণামে রোগী সম্পূর্ণ নিরাময় হইল।

(২) কিউ এফ্ নাম্নী একটি ৪৪ বৎসর বয়স্কা স্ত্রীলোক একে একে দ্বাদশটি সন্তান প্রসব করে। শেষবার ৬ই জুলাই তারিখে প্রসবের পর ১১ দিন সুস্থ ছিল। উরু কি পদ কোথাও স্ফীতি ছিল না এবং কোন প্রকার অসুখও ছিল না। একাদশ দিবসের রাত্রি ৩॥০ টার সময় শয্যা হইতে উঠিয়া যেমন বসিবে অকস্মাৎ এমন ভয়ানক শ্বাসকৃচ্ছ্রতা হইল যে তদ্দণ্ডে প্রায় মূর্চ্ছা হইল এবং শ্বাস গ্রহণ জন্য অত্যন্ত ব্যাকুল হইতে লাগিল এই অবস্থায় ক্রমাগত তিন দিন থাকিয়া ক্রমশ ভাল হইতে লাগিল। দুই দিবস পরে তাহার ফ্লেগ্মেশীয়া

ডোলেন্স্ রোগ হইয়া উরু ও পদ স্ফীত হইল এবং কয়েক মাস এই অবস্থায় রহিল। পূর্ব্বে ডাং প্লেফেয়ার সাহেব যাহা বলিয়াছেন যে ফুস্ফুস্ সমবরোধ-নের পর ফ্লেগ্মেশীয়া রোগ হয় এই ঘটনাটি তাহারই দৃষ্টান্ত। সুতরাং ইহা অনুমান করা যাইতে পারে যে, উভয় রোগ একই কারণ সম্ভূত, তবে দেহের বিভিন্ন স্থলে রোগমূল থাকায় বিভিন্ন লক্ষণ হয়।

সি, এচ্ নাম্নী ২৪ বৎসর বয়স্কা একটী স্ত্রীলোক ১৮৬৭ খৃঃ অঃ ২০ শে আগষ্ট তারিখে প্রথম সন্তান প্রসব করে। প্রসবের ৩০ ঘণ্টা পরে অত্যন্ত দৌর্ব্বল্য এবং শ্বাসকৃচ্ছ্রতা অনুভব করিতে লাগিল, কিন্তু চিকিৎসাদ্বারা শীঘ্রই অনেক উপশম হইয়াছিল। নবম দিবসে অকস্মাৎ পরিশ্রম করায় পুনরায় ভয়ানক শ্বাসকৃচ্ছ্রতা উপস্থিত হইল এবং ইহা ৪ঠা সেপ্টেম্বর পর্য্যন্ত থাকিলে ডাং প্লেফেয়ারকে আনা হয়। ডাং প্লেফেয়ার প্রসবের ১৪ দিন পরে আসিয়া রোগীর নিম্নলিখিত অবস্থা দেখিলেন—রোগী চতুষ্পার্শ্বে বালিশ দিয়া শয্যার উপর বসিয়াছিল, কারণ শয়ন করিয়া সে শ্বাস গ্রহণ করিতে পারিত না। সামান্য উত্তেজনায় কিম্বা কথা বার্ত্তায় তাহার শ্বাসকৃচ্ছ্রতা এত বৃদ্ধি পাইত যে দেখিলে তৎক্ষণাৎ মৃত্যু হইবে বোধ হইত। তাহার তাৎকালীন যাতনা দেখিলে হৃদয় দ্রবীভূত হয়। অল্পমাত্র বায়ু পাইবার প্রত্যাশায় তাহার বক্ষঃস্থল যেরূপ আলোড়িত হইত, তাহা দেখিলে ভয় হয়। তাহার নিকটে কেহ দাঁড়াইলে পাছে বায়ুর প্রতিবন্ধক হয় এই ভয়ে কাহাকেও নিকটে দাঁড়াইতে দিত না। এইরূপ শ্বাসকৃচ্ছ্রতা অতি সামান্য কারণে মুহুর্মুহুঃ উপস্থিত হইত। রোগীর কথা কহিবার শক্তি ছিলনা, অথবা যদিও ছিল, এত মৃদুস্বরে কহিত প্রায় শুনিতে পাওয়া যাইত না; কারণ কথা কহিবার জন্য যে বায়ুর প্রয়োজন, তাহা তাহার পক্ষে দুষ্প্রাপ্য। আকর্ণন দ্বারা ফুস্ফুসের চতুর্দ্দিকে, সম্মুখে কি পশ্চাতে বায়ু প্রবেশ করিতেছে স্পষ্ট শুনা যাইত। ফুসফুস্-ধমনী নির্ণায়ক স্থানের উপর আকর্ণন করিলে অভ্যন্তরে এক প্রকার ফর্ ফর্ শব্দ শুনা যাইত। এই শব্দটি অল্প স্থান ব্যাপিয়াই শুনা যাইত এবং উহা ঊর্দ্ধে কি অধোদেশে চালিত হইত না। হৃৎপিণ্ডের শব্দ ক্ষীণ ও গোলমেলে। এই সকল লক্ষণানুসারে ডাং প্লেফেয়ার রোগটি ফুস্ফুস্ সমবরোধন বলিয়া নির্ণয় করেন এবং ইহার ভাবী ফল অত্যন্ত বিপদজনক বলিয়া স্থির করেন। কিন্তু

সৌভাগ্যক্রমে রোগী ক্রমশঃ ভাল হইতে লাগিল। ডাং প্লেফেয়ার্ ৬ সপ্তাহ পরে আবার পরীক্ষা করিয়া দেখেন যে তাহার হৃৎপিণ্ডের শব্দ স্পষ্ট এবং স্বাভাবিক হইয়াছে আর ফুসফুস-ধমনীর শব্দও শুনা যায় না।

ই, ই, নাম্নী ২৪ বৎসর বয়স্কা একটি স্ত্রীলোক ১৮৭৩ খৃঃ অঃ ৫ই নভেম্বর প্রথমবার প্রসব করে। গর্ভের ছয় মাসেই এই স্ত্রীলোকটি প্রসব করে। প্রসবের পর ইহার ভয়ানক রক্তস্রাব হয়; কারণ ইহার পরিস্রব আংশিকরূপে সংযুক্ত থাকায় উহাকে কৃত্রিম উপায়ে বিযুক্ত করিতে হইয়াছিল। প্রসবের পর ১০ দিন সে বেশ ভাল থাকে। চতুর্দ্দশ দিবসে অকস্মাৎ তাহার ভয়ানক শ্বাসকৃচ্ছ্রতা উপস্থিত হইয়া ঘন ঘন ক্রমে বৃদ্ধি হইতে লাগিল। নাড়ীর বেগ পূর্ণ ছিল, ১৩০, কিন্তু নবিরাম। ফুসফুসমধ্যে বায়ু অবাধে প্রবেশ করিতেছিল। হৃৎপিণ্ডের কার্য্য অসম ও অতি চঞ্চল। চতুর্থ ও পঞ্চম পঞ্জর্কা যথায় ষ্টার্ণামাস্থির সহিত মিলিত হইয়াছে, তথায় হৃৎপিণ্ডের প্রতি আকুঞ্চনে একটি ফোঁশ-ফোঁশ শব্দ স্পষ্ট শুনা যাইত। এই শব্দটি পূর্ব্বে ছিল না; কারণ প্রসবের কষ্ট লাঘবের জন্য তাহাকে যখন ক্লোরোফর্ম্ আঘ্রাণ করান হইয়াছিল, তাহার পূর্ব্বে তাহাকে ভালরূপে আকর্ণন দ্বারা পরীক্ষা করা হইয়াছিল। দুই দিন যাবৎ সে সমভাবে থাকিলে সকলে প্রতিক্ষণে তাহার মৃত্যু আশঙ্কা করিতে লাগিল। ২১শে তারিখে অর্থাৎ বক্ষাভ্যন্তরস্থ লক্ষণ প্রকাশ পাইবার দুই দিবস পর তাহার দক্ষিণ উরু ও পদে ভয়ানক ফ্লেগমেশীয়া ডোলেন্স্ রোগ উপস্থিত হইল। কয়েক দিন রোগী সমভাবে থাকিল। সময়ে সময়ে যন্ত্রণার লাঘব হইত, কিন্তু দিনান্তে ৬.৮ বার ভয়ানক শ্বাসকৃচ্ছ্রতা হইতে লাগিল। এই সময়ে তাহাকে যে দেখিত, সেই ভাবিত যে তদ্দণ্ডেই তাহার মৃত্যু হইবে। শ্বাসকৃচ্ছ্রতা যখন প্রথম বার উপস্থিত হইল, তাহার অল্পকাল মধ্যেই রোগীর গ্রীবা ও মুখের উপাদানে শোথ দৃষ্ট হইল এই শোথ দেখিতে ফ্লেগ্মেশীয়ার শোথের ন্যায়। রোগীকে উত্তেজক ঔষধি দিলেই শ্বাসকষ্টের লাঘব হইত, কাজেই সে উত্তেজক ঔষধি সেবন করিতে অত্যন্ত আগ্রহ প্রকাশ করিত এবং বলিত যে, ইহাদ্বারাই সে অদ্যাপি জীবিতা রহিয়াছে। বরাবর রোগীর চৈতন্য অক্ষুণ্ণ ছিল। নাড়ীবেগ ১১০—১৩০, শ্বাসপ্রশ্বাস ৬০ এবং দৈহিক উত্তাপ ১০১ হইতে ১০২-৫ পর্য্যন্ত হইত.

ধীরে ধীরে রোগী ভাল হইতেছে বোধ হইত। শ্বাসকষ্ট ক্রমশঃ কম হইতে লাগিল; এমন কি ১লা ডিসেম্বরের পরে তাহার শ্বাসকষ্ট একেবারে দূর হইল। নাড়ীবেগ ৮০ হইল এবং হৃৎপিণ্ডের ফোঁশ ফোঁশ শব্দ একেবারে তিরোহিত হইল। কিন্তু রোগী অত্যন্ত দুর্ব্বল রহিল এবং দিন দিন দৌর্ব্বল্যের বৃদ্ধিই হইতে লাগিল। ডিসেম্বর মাসের দ্বিতীয় সপ্তাহে রোগীর প্রলাপ হইতে লাগিল এবং সেই মাসের ১৯শে তারিখে অবসাদ জন্য তাহার মৃত্যু হইল। কিন্তু মৃত্যুর পূর্ব্বে বক্ষের উপদ্রব কিছুই ছিল না। ইহার মৃতদেহ পরীক্ষা করিতে আত্মীয় স্বজনের ইচ্ছা না থাকায় হয় নাই।

এই রোগটি বক্ষ্যমাণ শ্রেণীর অন্তর্গত বলিয়াই সাংঘাতিক হইলেও এত সবিস্তার বর্ণনা করা গেল। এ স্থলে ফুসফুস্ সমবরোধন জন্য মৃত্যু হয় নাই স্পষ্টই জানা যাইতেছে। কারণ উহার লক্ষণ সকল সমস্তই তিরোহিত হইয়াছিল। পীড়া অত্যন্ত প্রবল হইয়াছিল বলিয়াই কেবল অবসাদ জন্য মৃত্যু হয়। ফুসফুস্ সমবরোধন ও শাখা-শিরা সমবরোধন, এই উভয়ের লক্ষণ যে একই সময়ে প্রকাশিত হইতে পারে, তাহাও উক্ত ঘটনা, দ্বারা বুঝা যাইতেছে। রোগীর গ্রীবা স্ফীতি বড় অদ্ভুত ঘটনা ইহা অন্য কুত্রাপি লক্ষিত হয় নাই বটে, কিন্তু ইহা দ্বারা এই রোগের সহিত ফ্লেগ্‌মেশীয়ার যে সাদৃশ্য আছে, তাহা প্রমাণিত হইতেছে। তবে যদি কেহ এরূপ আপত্তি করেন যে, এই সকল স্থলে ফুস্‌ফুস্ সমবরোধন কেবল অনুমান করিয়া লওয়া হইতেছে, প্রকৃত প্রস্তাবে ইহা সত্য কি না, তাহার ঠিক কি? এই প্রশ্নের উত্তর করিবার পূর্ব্বে আর একটি প্রশ্নের মীমাংসা করা আবশ্যক। যে সকল লক্ষণ বিবৃত হইল, তাহা ফুস্‌ফুস্-সমবরোধন জন্য উৎপন্ন না হইলে আর কিসে সম্ভব? বিশেষতঃ ফুসফুস্-সমবরোধন জন্য যথায় মৃত্যু হইয়াছে এবং পরীক্ষা দ্বারা রোগও নির্ণীত হইয়াছে, তথায় ঠিক বিবৃত লক্ষণ সকল দেখা গিয়াছে বলিয়াই বক্ষ্যমাণ রোগটিও, ফুস্‌ফুস্ সমবরোধন অনুমান করা গিয়াছে। এই রোগের লক্ষণ এত বিশিষ্ট প্রকার হয় যে, একবার দেখিলে প্রায় ভুল হয় না অথবা না দেখিয়াও, বিজ্ঞ চিকিৎসক হইলে কেবল লক্ষণগুলির বিবরণ-পাঠ করিয়াই এবং পরিণাম

যে সকল ঘটনা কেবল ফুসফুস্ সমবরোধন হইতেই উৎপন্ন হয়।

পর্য্যন্ত অপেক্ষা না করিয়া রোগ নির্ণয় করিতে দ্বিধা করা অন্যায়। অতএব এই উভয় রোগ যে একই কারণ হইতে উৎপন্ন হয়, তাহা অনুমান করা অন্যায় নহে। এই রোগনিদানসম্বন্ধে ডাং প্লেফেয়ার্ যে অভিমত প্রকাশ করিয়াছেন, তাহা যদিও মৃতদেহ পরীক্ষা দ্বারা সকল সময়ে সমর্থন করা যায় না, তথাপি একটি ঘটনার উল্লেখ আছে যে, এক জনের ঠিক পূর্ব্বোক্ত লক্ষণ হইয়া মৃত্যু হয়। মৃত্যুর পর পরীক্ষা দ্বারা জমাট রক্ত পাওয়া যায়। এই ঘটনাটি ডাং রিচার্ড্‌সন্ সাহেব বিবৃত করেন। তিনি বলেন যে, এক জন পুরুষের কয়েক সপ্তাহ হইতে ঠিক পূর্ব্বোক্ত লক্ষণ হওয়ায় এক দিন শ্বাসকৃচ্ছ্র-তার বৃদ্ধিকালে তাহার মৃত্যু হয়। মৃতদেহ পরীক্ষা করিয়া তাহার হৃদুদর হইতে একটি ফিব্রিণ্‌গুচ্ছ পাল্‌মোনারি-ধমনী পর্য্যন্ত বিস্তৃত থাকিতে দেখা যায়। রিচার্ড্‌সন্ সাহেবের এই জ্ঞানটি দ্বারা ইহাই প্রমাণিত হইতেছে যে, রক্ত জমাট বাঁধিলেও কয়েক সপ্তাহ পর্য্যন্ত জীবনী শক্তির কার্য্য চলিতে পারে। কিন্তু ফুস্‌ফুস্-ধমনীর সম্পূর্ণ সমবরোধন হইলে জীবনী শক্তির কার্য্য চলা দুরূহ, সুতরাং অসম্পূর্ণ সমবরোধনেই এইরূপ হওয়া সম্ভব।

ফুস্‌ফুস্ সমবরোধন হইলে হৃৎপিণ্ডের শোঁ শোঁ শব্দ।

উপরের কয়েকটি ঘটনার মধ্যে দুইটির এক বিশেষ উপসর্গ লক্ষিত হইয়াছে এবং কিয়ৎপরিমাণে তৃতীয়টিতেও উহা ছিল। এই রোগ জন্য যে কয়েকজন মারা যাইবার কথা লেখা হইয়াছে, তাহাদের লক্ষণ বর্ণনামধ্যে এই উপসর্গের কোন উল্লেখ দেখা যায় না। উপসর্গটি এইঃ—আকর্ণন করিলে ফুস্‌ফুস্-ধমনীর উপর এক প্রকার ফোঁশ্ ফোঁশ্ শব্দ শুনা যায়। এই শব্দটি স্বাভাবিক কারণেই হইয়া থাকে এবং একটু অবধান করিলেই সাংঘাতিক রোগমাত্রেই শুনা যাইতে পারে। ডাক্তার সাহেব যে দুইটি ঘটনা উপরে উল্লেখ করিয়াছেন তাহাদের উভয়েরই এই উপসর্গটি স্পষ্ট লক্ষিত হইয়াছিল এবং সাধারণ লক্ষণ যেমন ভাল হইতে লাগিল, এই উপসর্গটিও কমিতে লাগিল। ফুস্‌ফুস্ ধমনীর সমবরোধন হইলে যে, হৃৎপিণ্ডে এক প্রকার শোঁ শোঁ শব্দ শুনা যায়, তাহা বিলাতেও একজন সুবিখ্যাত হৃৎপিণ্ড রোগবেত্তা সাহেব স্বকর্ণে শুনিয়াছেন। তাঁহার হৃৎপিণ্ড পীড়া নামক গ্রন্থের শেষ সংস্করণে ডাং ওয়ালশ্ বলেন যে, "ফুস্‌ফুস্‌ধমনী ষ্টার্ণামাস্থির তলদেশে আসিয়া দক্ষিণ ও বাম শাখায় বিভক্ত

হইবার পূর্ব্বে যতদূর স্থান ব্যাপিয়া থাকে, ততদূর হৃৎপিণ্ডের মূলে প্রতি আকুঞ্চনেই এই রোগে এক প্রকার শোঁ শোঁ শব্দ শুনিতে পাওয়া যায়। এই শব্দটি আমি স্বকর্ণে একজন বৃদ্ধের মৃত্যুর সময় শুনিয়াছি। বৃদ্ধটি অকস্মাৎ কোন তীব্র রোগে প্রাণত্যাগ করে। কারণ এই রোগের ফলে তাহার ফুস্‌ফুস্ ধমনীমধ্যে কিয়দংশ দক্ষিণ হৃদ্‌দরেও রক্ত জমাট বাঁধে।"

পূর্ব্বে এই প্রকার রোগ উপেক্ষিত নতুবা অন্য কোন রোগ বলিয়া ভ্রম

এইরূপ রোগ পূর্ব্বে উপেক্ষিত অথবা অন্য কোন রোগ বলিয়া পরিচিত হইত।

হইত। অনেকেই এইরূপ মৃত্যুর কারণ ভাল না দেখাইতে পারিয়া অনুমান করিয়া লইয়াছেন যে স্নায়ুমণ্ডল অকস্মাৎ শোকাদি দ্বারা অভিভূত হইলে যে কারণে মৃত্যু হয়, ইহাতেও সেইরূপ মৃত্যু হয়। যদিও এই রোগের মৃতদেহের লক্ষণ এবং উক্ত মানসিক উদ্বেগে মৃত্যু হইলে, মৃতদেহের লক্ষণ এই উভয়ের কোন সাদৃশ্যই নাই।

মৃত্যুর কারণ।

ফুস্‌ফুস্ সমবরোধনেই হউক বা অণুসমবরোধনেই হউক, ঠিক কি প্রণালীতে মৃত্যু হয়, তাহা লইয়া অনেকে মতভেদ হইয়াছে। ভিকুর্ঁয বলেন যে, হৃৎপিণ্ডের আকুঞ্চন জনিত মূর্চ্ছাতেই মৃত্যু হয়। ইহার বিরুদ্ধে পেনাম্ বলেন, জীবনী শক্তির সমস্ত চিহ্ন বিলুপ্ত হইলেও হৃৎপিণ্ডের আকুঞ্চন ও প্রসারণ কিছুক্ষণ পর্য্যন্ত থাকে। রোগের যে সকল ঘটনা উল্লিখিত হইয়াছে, তন্মধ্যে সকলেরই হৃৎপিণ্ডের অসম ও গোলমেলে কার্য্য হইতে দেখা গিয়াছে বলিয়া ভিকুর্য সাহেবের মতটি যুক্তিসঙ্গত বলিয়া বোধ হয় না। পেনামের নিজের মত এই যে, মস্তিকের রক্তাল্পতা জন্যই মৃত্যু হয়। প্যাজেট্ বলেন মৃত্যুর প্রণালী এই রোগে অদ্ভুত প্রকার হইয়া থাকে। কোথাও মূর্চ্ছা ও কোথাও রক্তাল্পতা জন্য মৃত্যু হইতে দেখা যায়। বার্টিন্ এই বিষয়ে বিশেষ প্রণিধান করিয়া স্থির করিয়াছেন যে, শ্বাসাবরোধেই মৃত্যু হইয়া থাকে। মৃত্যুর পর শরীরের যে অবস্থা হয়, তাহা দেখিলে শ্বাসাবরোধ মতটি প্রামাণ্য বলিয়া বোধ হয়। রক্ত অম্লজান্ বায়ুর সহিত মিলিত হইতে পায় না বলিয়াই মৃত্যু হয়। ইহাতে বায়ু যে রক্তে প্রবেশ করে না এমত নহে; বরং রক্তই বায়ু পর্য্যন্ত পৌঁছাইতে পারে না। রোগের যে প্রকার লক্ষণ, তাহা দেখিলে এই মতটি আরও যুক্তিসঙ্গত বলিয়া বোধ হয়। ভয়ানক

শ্বাসকৃচ্ছ্রতা, বায়ুগ্রহণের জন্য ভয়ঙ্কর ব্যাকুলতা, চৈতন্যের অক্ষুন্নতা হৃৎপিণ্ডের গোলমেলে কার্য্য প্রভৃতি লক্ষণ, মূর্চ্ছা কি রক্তাল্পতা রোগে দেখা যায় না।

মৃত্যুর পর ধমনী সমবরোধকের আকৃতি।

মৃত্যুর পর ধমনী-সমবরোধকের আকৃতি বিভিন্ন প্রকার হয়। বল্ সাহেব এই বিষয় বিশেষ মনোযোগ পূর্ব্বক অধ্যয়নের পর স্থির করিয়াছেন যে, ধমনী সকলের ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র শাখার রক্ত প্রথমে জমাট বাঁধিতে আরম্ভ করে এবং ক্রমশঃ পশ্চাতে হৃৎপিণ্ডের দিকে অগ্রসর হয়। এই জমাট রক্ত ধমনীগুলিকে ন্যূনাধিক অবরুদ্ধ করিয়া ফেলে। রক্ত-চাঁইএর যে দিকটি হৃৎপিণ্ডের দিকে থাকে, সে দিকটি গোলাকার। এইরূপ গোলাকার হয় বলিয়াই এই জমাট রক্তটিকে স্থলবিশেষে শাখা-শিরার আপনা হইতে যে রক্ত জমাট বাঁধে, সেই সংযত রক্তের সদৃশ দেখায়। এই চাঁইটি ধমনীপ্রাচীরে সংযুক্ত থাকে না; সুতরাং এই স্থান দিয়া যদি রক্তসঞ্চরণ হয়, তাহা হইলে চাঁইটিকে ধমনী-প্রাচীরে ঠেলিয়া রাখিয়া রক্ত চলাচল করে। এই সকল চাঁই দেখিতে শ্বেতবর্ণ ঘন এবং ইহাদের কোন নির্দ্দিষ্ট গঠন নাই। বিবর্ণ ফিব্রিণ্ স্তরে স্তরে জমিয়াই এই চাঁই উৎপন্ন করে; কিন্তু ইহার তারতম্য এই যে, সীমাদিকে টাটকা ফিব্রিণ্ জমায় উহা দৃঢ়তর হয়; কিন্তু মধ্যস্থলটি অতি কোমল থাকে এবং তথায় এমিলইড্ অপকৃষ্টতা কি মেদাপকৃষ্টতার সূত্রপাত দেখা যায়। বল্ সাহেব আরও বলেন যে, জমাট রক্ত বড় শাখা-ধমনীমধ্যে দেখিলে উহা প্রথমে ক্ষুদ্রমধ্যে আরম্ভ হইয়াছিল এবং পরে ক্রমশঃ শাখামধ্যে বিস্তৃত হইয়াছিল, স্মরণ রাখিতে হইবে। হাম্ফ্রে সাহেবও তাহাই বলেন। তিনি ইহাও বলেন যে, ফুসফুস-সমবরোধক এবং শাখা শিরা সমবরোধক উভয়ের একই পরিবর্তন হয়। এই সকল চাঁই রক্তবহা নাড়ীর গাত্রে সংযুক্ত থাকিতে পারে, অথবা উহারা সূত্র কি গুচ্ছবৎ হইতে পারে। নাড়ীমুখ প্রকৃত অণুসমবরোধক দ্বারা অবরুদ্ধ হইলে এবং ঐ অণু-সমবরোধক-পদার্থ দেখিতে পাওয়া গেলে, তাহার গঠন বিভিন্নতা দেখা যায়। অণুসমবরোধন পদার্থটি স্তরে স্তরে সজ্জিত বিবর্ণ রক্তের চাঁই নহে। ইহার মস্তকও শাখাশিরা সমবরোধকের ন্যায় গোল নহে। ধমনী যথায় শাখাদ্বয়ে বিভক্ত হয়, তথায় সচরাচর অণুসমবরোধন দৃষ্ট হইয়া থাকে। এই স্থানে শ্বেত ও ধূসরবর্ণ মিলিত এক প্রকার পদার্থ দেখা যায় এবং ইহার সম্মুখে ও

পশ্চাতে যে টাট্‌কা ফিব্রিণ্ জমে, তাহা হইতে উহাকে স্পষ্ট বিভিন্ন লক্ষিত হয়। সম্ভবতঃ কোথাও অণুসমবরোধকপদার্থ দেখিলেই উহা যে অন্য কোন স্থানের চাঁই হইতে বিচ্ছিন্ন হইয়া আসিয়াছে, তাহা বুঝিতে পারা যাইতে পারে এবং অনেক স্থলে দূরস্থ চাঁইএর শেষ সীমার উপর অণুসমবরোধন পদার্থ মিলাইয়া দেখা গিয়াছে যে, উহারা পরস্পর ঠিক মিলিত হয়। আবার শাখা শিরা সমবরোধকের যেরূপ অপকৃষ্ট পরিবর্ত্তন হয়, দূরস্থ অণুসমবরোধকেরও সেই সেই অপকৃষ্ট পরিবর্ত্তন হইতে দেখা যায়। সুতরাং বোধ হয় সমবরোধন হইতেই অণুসমবরোধনের উৎপত্তি। কিন্তু অণুসমবরোধনের চতুর্দ্দিকে যে টাট্‌কা ফিব্রিণ্ জমে, তাহাতে যে পরিবর্ত্তন হয়, সে পরিবর্ত্তনের সহিত সমবরোধনের পরিবর্ত্তনের অনেক প্রভেদ আছে। যাহা হউক ইহা অবশ্যই স্বীকার্য্য যে, রক্তচাঁইএর গঠনের তারতম্য দেখিয়া উহার প্রকৃত উৎপত্তিস্থান নির্ণয় করা দুঃসাধ্য। অনেক স্থলে অণুসমবরোধক পদার্থ এত ক্ষুদ্র হয় যে, দেখিতে পাওয়া যায় না, অথবা উহার উপর ফিব্রিণ্ জমিয়া উহা চাপা পড়িয়া যায়।

ফুস্‌ফুস্-সমবরোধনের চিকিৎসার বিষয় অধিক কিছু বলিবার নাই। অনেক স্থলে লক্ষণ প্রকাশের এত অল্পকালমধ্যেই রোগ সাংঘাতিক হইয়া পড়ে যে, অন্ততঃ যন্ত্রণা লাঘব করিবার জন্যও আমরা কিছু সময় পাই না। এত শীঘ্র সাংঘাতিক না হইলে, দুইটি উদ্দেশ্যে চিকিৎসা করা উচিত এবং করিলে ভাল হইবার কিছু আশা করিতে পারা যায়।

চিকিৎসা।

১ম—ব্রাণ্ডি, ঈথার, এমোনীয়া প্রভৃতি উত্তেজক ঔষধি, রোগের আতিশয্য অনুসারে ঘন ঘন অথবা বিলম্বে সেবন করাইয়া রোগীকে জীবিত রাখা। ডাং প্লেফেয়ার্ উপরে যে কয়টি আরোগ্যঘটনার উল্লেখ করিয়াছেন, তাহাতে এই সকল ঔষধিই ব্যবহার ভিন্ন অন্য কোন ঔষধ দেওয়া হয় নাই। সম্ভবতঃ বক্ষের উপর জোঁক লাগাইলে অথবা বক্ষের উপরস্থ বায়ু বাটীদ্বারা শোষণ (কাপিং) করিয়া লইলে অভ্যন্তরে রক্তসঞ্চরণের কিছু সুবিধা হইতে পারে।

২য় উদ্দেশ্য—রোগীকে সম্পূর্ণ বিশ্রাম দেওয়া। এরূপ করিবার কারণ সহজেই উপলব্ধি হইতে পারে। যত দিন রক্তের চাঁইটি আচোষিত না হয়, অথবা উহার আকার এত ক্ষুদ্র না হয় যে, ফুস্‌ফুসমধ্যে অবাধে রক্ত প্রবেশ করিতে পারে, তত দিন কোন ক্রমে রোগীর জীবন সংরক্ষা করিতে পারিলে

এই রোগ হইতে অব্যাহতি পাইবার একমাত্র ভরসা থাকে। অতি সামান্য পরিশ্রম করিলেই ভয়ানক শ্বাসকৃচ্ছ্রতা উপস্থিত হইবেই হইবে, কারণ পরিশ্রম মাত্রেই বিশুদ্ধ রক্তের নিযোজক। আবার ইহাও স্মরণ রাখা উচিত যে, অনেক স্থলে শয্যা ত্যাগাদি সামান্য পরিশ্রমে অনেকের এই রোগে মৃত্যু হইয়াছে। অতএব এই রোগে সম্পূর্ণ বিশ্রাম যে কতদূর উপযোগী, তাহা অধিক বলিতে পারা যায় না। রোগী সম্পূর্ণ স্থির থাকিবে এবং তাহাকে কেবল পানীয় দ্বারা পুষ্ট রাখিতে হইবে। দুগ্ধ, মাংসের ঝোল প্রভৃতি পুষ্টিকর পথ্য দিতে হইবে এবং যাহাতে সে কিছুমাত্র আয়াস না করে, এমন কি শয্যা ত্যাগ পর্য্যন্তও না করে, তদ্বিষয়ে বিশেষ যত্নশীল থাকিতে হইবে। যদি এমন দেখা যায় যে, সৌভাগ্যক্রমে রুগ্ন ব্যক্তি আরোগ্য হইতে আরম্ভ করিয়াছে, তাহা হইলেও উক্ত নিয়ম সকল বিধিমত পালন করিতে হয়; কারণ সামান্য শৈথিল্য দেখিলেই লক্ষণগুলি পুনর্ব্বার অতি ভয়ানক হইতে পারে।

বার্টিন্ সাহেব আর এক প্রকার সম্পূর্ণ বিভিন্ন উদ্দেশে চিকিৎসা করিতে বলেন। তাঁহার বিশ্বাস এই যে, ফুস্‌ফুস্‌ধমনী অণুসমবরোধনদ্বারা অবরুদ্ধ হয়; সুতরাং বমনকারক ঔষধিদ্বারা যাহাতে রোগীর বমন চেষ্টা হয়, তাহাই করিতে পরামর্শ দেন। কারণ এই চেষ্টায় অণুসমবরোধন বিচ্যুত হইয়া চলিয়া যাইতে পারে। এরূপ বিপদজনক পরীক্ষা করিতে বোধ হয় কেহই সম্মত হইবেন না।

এই রোগে বিবিধ ঔষধিপ্রয়োগ করিবার ব্যবস্থা দেখা যায়। রিচার্ডসন্ সাহেব বলেন যে, রক্তে এমোনিয়া না থাকায় উহা জমাট বাঁধে, এই বিশ্বাসে তিনি এমোনিয়া সেবন করিতে বলেন। তাঁহার মতে অধিক মাত্রায় (২০ বিন্দু প্রতিঘণ্টায়) লাইকর্ এমোনিয়া দিলে বিশ্লিষ্ট ফিব্রিণ্ পুনরায় দ্রবীভূত হইয়া মিলিত হইতে পারে। তিনি বলেন যে, এই উপায়ে অনেক সুফল হইতে দেখিয়াছেন। আবার কেহ কেহ ক্ষার ঔষধ সেবন করাইতে পরামর্শ দেন; কারণ তাঁহাদের মতে ক্ষারদ্বারা আচোষণ ক্রিয়ার সাহায্য হয়। এই সকল বিবিধ ঔষধের সাপক্ষে ইহাই বলা যায় যে, ইহাদের প্রয়োগে অনিষ্ট সম্ভাবনা নাই।

এই স্থলে এক শ্রেণীর রোগের বিষয় উল্লেখ করিলে, বোধ হয় কোন ক্ষতি

সূতিকাবস্থায় নাই। কারণ এই শ্রেণীর রোগ যত অল্প হয় বলিয়া

বক্ষাবরক ঝিল্লী ও ফুস্‌ফুস্‌ প্রদাহ।

বিশ্বাস আছে, তত অল্প হয় না। রোগটি সূতিকা-জ্বর, বক্ষাবরক ঝিল্লী ও ফুস্‌ফুসের ভয়ানক প্রদাহ। কিন্তু সপূযজ্বরের সহিত এই প্রদাহের কোন স্পষ্ট সংস্রব নাই।

ম্যাক্‌ডোনাল্‌ড্‌ সাহেব এই রোগের দুইটি ঘটনা লিপিবদ্ধ করিয়াছেন। এই উভয়েই তাঁহার নিজের রোগী ছিল। ডাং প্লেফেয়ার্‌ সাহেবও গত তিন বৎসরের মধ্যে তিন জন রোগীকে এই রোগগ্রস্ত হইতে দেখেন। ইহাদের মধ্যে এক জন মারা যায় এবং অবশিষ্ট দুই জন ভয়ানক যন্ত্রণা ও রোগ-ভোগের পর ক্রমশঃ আরোগ্য হয়।

রোগের বিশিষ্ট লক্ষণ।

ফুস্‌ফুসের সাধারণ প্রদাহ হইতে এই রোগ কতকগুলি বিশেষ বিশেষ লক্ষণ দ্বারা বিভিন্ন। ইহা অকস্মাৎ উপস্থিত হয় এবং শৈত্য কি ফুস্‌ফুসের পীড়ার অন্য কোন কারণ ইহার উদ্দীপক কারণ নহে। ইহাতে স্পষ্ট ক্রাইসিস্‌ লক্ষিত হয় না এবং মধ্যবিধ রকম অবিরাম জ্বর ন্যূনাধিক কাল থাকে। ফুস্‌ফুসের সাধারণ প্রদাহের ভৌতিক লক্ষণের সহিত ইহার ভৌতিক লক্ষণ বিসদৃশ।

ভৌতিক লক্ষণ।

ম্যাক্‌ডোনাল্‌ড্‌ ও প্লেফেয়ার্‌ সাহেবদ্বয় উভয়েই এই রোগের ভৌতিক লক্ষণের বিশিষ্টতা লক্ষ্য করিয়াছেন। তাঁহারা বলেন যে, আকর্ণনদ্বারা এই রোগে ক্রিপিটান্‌ বা কেশঘর্ষণবৎ শব্দ অতি অল্প শুনা যায়, স্পষ্ট রক্তবর্ণ শ্লেষ্মা বাহির হয় এবং অভিঘাত দ্বারা অনেক দূর পর্য্যন্ত কাষ্ঠবৎ নিরেট শব্দ শুনা যায়। সাধারণ ফুসফুস্‌-প্রদাহে এত অধিক নিরেট শব্দ শুনা যায় না। এই রোগে ফুস্‌ফুস্‌মধ্যে সামান্য বায়ুপ্রবেশের শব্দও শুনা যায়। আর একটি আশ্চর্য্যের বিষয় এই যে, ফ্লেগ্‌মেশীয়া ডোলেন্স্‌ রোগের

ফ্লেগ্‌মেশীয়া ডোলেন্স্‌ রোগের সহিত ইহার সম্বন্ধ।

সহিত এই রোগ প্রকাশ পায়। ম্যাক্‌ডোনাল্‌ড্‌ সাহেবের দুইটি রোগীর মধ্যে এক জনের এবং ডাং প্লেফেয়ার্‌ সাহেবের তিনটির মধ্যে দুই জনের এই দুই রোগ একত্র হইতে দেখা গিয়াছে। আবার ফ্লেগ্‌মেশীয়ার ন্যায় এই রোগও কয়েক সপ্তাহ পরে প্রকাশ পায়। প্লেফেয়ার্‌ সাহেব যে কয় জন রোগী দেখিয়াছেন, তাহাদের রোগ প্রসবের পর ক্রমান্বয়ে ১৫, ২৮ ও ৩৫ দিবস পর হয়। অতএব এই দুই রোগ যে পরস্পর সম্বন্ধযুক্ত, তাহা অস্বীকার করা কঠিন।

রোগের বিশেষ ইতিবৃত্ত পাঠ করিয়া জানা যায় যে, ফুস্‌ফুস্ ধমনীর ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র শাখাতে সমবরোধন নতুবা অণুসমরোধন হওয়ায় এই রোগ উৎপন্ন হয়। যে প্রণালীতে শাখাদেহের শিরা সমবরোধন হয়, ঠিক সেই প্রণালীতে উক্ত রোগও হইয়া থাকে। এই রোগে মৃত-দেহ পরীক্ষার ফল না জানিয়া উক্ত মতটি প্রামাণ্য বলা যায় না। ম্যাকুডোনাল্‌ড্ সাহেব বলেন 'যদিও ফুস্‌ফুস ধমনীর কিয়দ্দূর-ব্যাপ্ত-সমবরোধন হইয়াছে স্বীকার করিলে রোগের লক্ষণগুলি সুন্দররূপে বুঝা যায়, তথাপি তাঁহার মতে রোগের প্রকৃত কারণ তাহা নহে। গর্ভ ও প্রসবাবস্থায় দেহমধ্যে যে সবল পরিবর্ত্তন হয়, তাহা রক্ত ও রক্তবহা নাড়ী সকলে বিশেষরূপে প্রকাশ পায়।" ডাং প্লেফেয়ার্ বলেন যে, তাঁহার মতে এই অনুমান অপেক্ষা পূর্ব্বের মতটি অধিক যুক্তিসিদ্ধ বলিয়া বোধ হয় এবং তাহা স্বীকার করিলে এই রোগের বিশিষ্ট লক্ষণ সকলও সুন্দররূপে বুঝা যায়। তবে এই মাত্র বলা যাইতে পারে যে, ভবিষ্যৎ গবেষণা দ্বারা বিশেষতঃ মৃতদেহ-পরীক্ষার ফলদ্বারা এই অস্পষ্ট হেতুযুক্ত রোগ অধিকতর স্পষ্টীকৃত হইবে।

ফুস্‌ফুস্-শাখাধমনীর সম কি অণুসমবরোধন জন্য এই রোগের উৎপত্তি সম্ভাবনা।

এই রোগের চিকিৎসা সাধারণ প্রণালীতে করিলেই চলিবে, তবে অত্যন্ত কঠোর উপায় অবলম্বন করা কোন ক্রমেই কর্ত্তব্য নহে। যাহাতে রোগীর বল সংরক্ষিত হইয়া ভয়ঙ্কর রোগ-যন্ত্রণা কাটাইয়া উঠিতে পারে, তাহাই এই রোগের চিকিৎসার মুখ্য উদ্দেশ্য।

চিকিৎসা।

সপ্তম পরিচ্ছেদ।

সুতিকাবস্থায় ধমনী-সমবরোধ ও অণুসমবরোধ।

শোণিতের যে অবস্থা হইলে শিরামধ্যে উহা স্বতঃই জমাট বাঁধিবার প্রবৃত্তি প্রাপ্ত হয়, ঠিক সেই প্রকার অবস্থাতে উহা ধমনীমধ্যেও জমাট বাঁধিতে পারে। সচরাচর ধমনীমধ্যে রক্ত জমাট বাঁধিতে দেখা যায় না এবং বাঁধিলেও সাধারণতঃ তদ্দ্বারা তত অনিষ্ট হয় না। এই বিষয় অতি অল্প লোকেই প্রণিধান করিয়াছেন এবং আমাদের এ সম্বন্ধে যতটুকু জ্ঞান, তাহাও সুবিখ্যাত ডাং সার্ জেমস্ সিম্‌সন্ সাহেবের অত্যুৎকৃষ্ট প্রবন্ধ হইতে সঙ্কলিত। পূর্ব্বে শিরাসমবরোধন ও অণুসমবরোধনের সবিস্তার বর্ণনা করা গিয়াছে বলিয়াই ধমনীধঅবরোধর ফল অতিসংক্ষেপে বিবৃত হইবে।

ধমনী-সমবরোধন ও অণুসমবরোধন।

এই রোগঘটনার যতগুলি উল্লেখ আছে, তন্মধ্যে অধিকাংশই ধমনী অবরোধের নিম্নলিখিত কারণ দেখা গিয়াছে। পূর্ব্বে একুাট্ রিউ-ম্যাটিজম্ তীব্রবাত রোগগ্রস্ত হইয়াই হউক অথবা সূতিকাবস্থার রোগের উপ-সর্গ বলিয়াই হউক, হৃৎপিণ্ডের আভ্যন্তরিক ঝিল্লীর প্রদাহ বশতঃ হৃৎকপাটের উপর যে অঙ্কুরবৎ (বেজিটেশম্) পদার্থ দৃষ্ট হয় সেই পদার্থ বিচ্ছিন্ন হইয়া ধমনী মুখ আবদ্ধ করে। কখন কখন শিরাসমবরোধনের কারণের ন্যায় শোণিত-সমষ্টির দোষ জন্য, আবার কখন কখন ধমনীমধ্যস্থ কোন পরিবর্ত্তনজন্য ধমনী অবরুদ্ধ হইয়া থাকে। সিম্‌সন্ সাহেব একজন স্ত্রীলোকের কথা উল্লেখ করিয়া-ছেন, ইহার স্থূনীক ধমনী প্রদাহ হওয়ায় নিম্নশাখার উভয় অঙ্গের তীব্র গ্যাংগ্রীণ্ রোগ হইয়াছিল এবং তাহার প্রসবের তিন সপ্তাহের মধ্যে মৃত্যু হইয়াছিল। আবার কোথাও ধমনীর আভ্যন্তরিক ঝিল্লী ছিন্ন ও সঙ্কুচিত হইয়া তন্মধ্যস্থ রক্ত জমাট বাধিয়া ধমনীমুখ বন্ধ করিয়া দেয়। সূতিকাবস্থায় ধমনী অবরোধের লক্ষণ যে স্থানের ধমনী অবরুদ্ধ হয়, তদনুসারে হইয়া থাকে। সেরিব্রাল্, ব্রেকিয়াল্ এবং ফেমরাল্ অর্থাৎ মস্তিষ্কের, বাহুর এবং

কারণ।

লক্ষণ।

উরুর এই কয় স্থানের ধমনীই সচরাচর অবরুদ্ধ হইতে দেখা যায়। ধমনী-অবরোধের ফল অবরোধকের আকৃতি অথবা অবরোধ পূর্ণ কি আংশিক যেরূপ হয়, তদনুসারে পরিবর্ত্তিত হইয়া থাকে। দৃষ্টান্তস্বরূপ ইহা বলিলে যথেষ্ট হইবে যে, যদ্যপি মস্তিষ্কের মধ্যম ধমনী সম্পূর্ণ অবরুদ্ধ হইয়া যায়, তাহা হইলে মস্তিষ্কের যে অংশটুকু ঐ ধমনীদ্বারা পুষ্ট হয়, সেই অংশেরক্রিয়া অল্লাধিক বন্ধ হইয়া যায় এবং দেহের বিপরীত ভাগে অর্দ্ধাঙ্গপতন হয়; মস্তিষ্কের সেই অংশটুকুও তরলীকৃত হয়। স্নায়বিক লক্ষণ সকল যদি ধীরে ধীরে প্রকাশ পায়, অথবা একবার প্রকাশ পাইয়া বর্দ্ধিত হইলে এই অনুমান করা যাইতে পারে যে, ধমনীমুখ প্রথমে আংশিকরূপে অবরুদ্ধ ছিল, কিন্তু ক্রমশঃ উহার চতুস্পার্শ্বে ফিব্রিণ্ জমায় ধমনীমুখ অধিকতর অবরুদ্ধ হইয়াছে। কখন কখন কাহার কাহার অকস্মাৎ অন্ধতা উপস্থিত হইয়া চক্ষুর্গোলক নষ্ট হইতে দেখা যায়। এরূপ ঘটনা সিম্‌সন্ সাহেবও উল্লেখ করিয়াছেন। সম্ভবতঃ চক্ষু-র্গোলকের ধমনী (অফ্‌থালমিক্) অবরুদ্ধ হইয়াই অন্ধতা উপস্থিত করে। কারণ দর্শনেন্দ্রিয়ের ক্রিয়া সাধিত হইবার জন্য ঐ একমাত্র ধমনীদ্বারাই রক্ত গতিবিধি করে; সূতিকাবস্থায় অন্তঃকোষ্ঠসমূহের কোন একটি রক্তবহা নাড়ী অবরুদ্ধ হইলে কি ফল হয়, তাহা কিছুই জানা নাই। ভবিষ্যৎ গবেষণা দ্বারা ইহা হইতে যে প্রয়োজনীয় জ্ঞান পাওয়া যাইতে পারে, তাহা অসম্ভব নহে। শাখা দেহের ধমনী অবরোধের ফল অতি স্পষ্ট লক্ষিত হয়। সিম্‌সন্ সাহেব এই সকল লক্ষণগুলি নিম্নলিখিত শ্রেণীতে বিভক্ত করিয়াছেন। (১) অব-রোধের নিম্নে নাড়ীবেগ অনুভব করা যায় না। এই লক্ষণটি অকস্মাৎ অথবা ক্রমশঃ প্রকাশ পাইতে পারে। ধমনীর বড় শাখা অবরুদ্ধ হইলে এই লক্ষণটি সামান্য আয়াসে অনুভব করা যায়। (২) অবরোধের ঊর্দ্ধে নাড়ীবেগ অত্যন্ত প্রবল। (৩) অঙ্গের উত্তাপ হ্রাস—এই লক্ষণটি থার্ম্মমিটার বা সন্তাপগ্রাহক যন্ত্রদ্বারা অনায়াসে জানিতে পারা যায় এবং সেই অঙ্গের প্রধান ধমনী অবরুদ্ধ হইলে এই লক্ষণটি অধিক স্পষ্ট লক্ষিত হয়। (৪) স্পন্দন-শক্তি এবং জ্ঞাপক-শক্তির ক্ষয়, পক্ষাঘাত, স্নায়ুশূল ইত্যাদি। আক্রান্ত অঙ্গ নাড়িতে অক্ষম হওয়া একটি প্রধান লক্ষণ। এই লক্ষণটি অকস্মাৎ হইলে এবং অঙ্গচালনে সম্পূর্ণ অক্ষম হইলে সম্ভবতঃ প্রধান ধমনীই অবরুদ্ধ হইয়াছে

বুঝিতে হইবে। সেরিব্রাল্ (মাস্তিষ্ক্য) পক্ষাঘাত কিম্বা স্পাইনাল্ (কাশেরুক) পক্ষাঘাত হইতে এই রোগ বিভিন্ন। ইহাতে মস্তিষ্কের উপদ্রব থাকে না,- ইহার ইতিবৃত্ত স্বতন্ত্র এবং ইহার পূর্ব্বোক্ত চারিটি বিশেষ লক্ষণ, যথা—নাড়ী বেগের হ্রাসবৃদ্ধি, উত্তাপ হ্রাস ইত্যাদি বর্ত্তমান থাকে। এই রোগে জ্ঞাপক-শক্তি অত্যন্ত ব্যতিক্রম প্রাপ্ত হয়, কিন্তু স্পর্শানুভাবকতার হ্রাস না হইয়া অত্যন্ত যন্ত্রণা ও স্নায়ুশূল অনুভূত হয়। কখন কখন যন্ত্রণা এত ভয়ানক হয় যে, এই লক্ষণটিই প্রথমে লক্ষিত হওয়ায় আক্রান্ত অঙ্গের রোগে সন্দেহ উপস্থিত হয়। (৫) অবরোধের নিম্নে অথবা অনেক দূরের অঙ্গ গ্যাঙ্গ্রীণ্ রোগগ্রস্ত হয় অর্থাৎ পচিয়া উঠে। এই লক্ষণটি অনেকগুলি ঘটনায় স্পষ্ট লক্ষিত হইবার কথা উল্লেখ আছে। সাধারণতঃ কোন অঙ্গের প্রধান ধমনী অবরুদ্ধ হইলেই নিম্নস্থ অঙ্গ পচিয়া উঠিবে এমত নহে; কারণ ঐ অঙ্গে অন্যান্য স্থানের ধমনীদ্বারা রক্ত চালিত (কোল্যাটারল্ সার্‌কুলেশন্) হইতে পারে। তবে কোথাও কোথাও অঙ্গের সমস্ত ধমনী সমবরুদ্ধ অথবা ধমনী ও শিরা এক সময়ে সমবরুদ্ধ হইয়া নিম্নস্থ অঙ্গ পচিয়া যাইতে দেখা যায়। এই প্রকার অধিক স্থান ব্যাপিয়া নাড়ী অবরোধ অণুসমবরোধক পদার্থ দ্বারা ঘটা সম্ভব নহে। ইহা সচরাচর সূতিকাবস্থা জন্য শোণিতসমষ্টির দোষ দ্বারা স্থানিক সমবরোধক পদার্থ দ্বারা উৎপন্ন হয়।

এই রোগের চিকিৎসা বিষয়ে অধিক বলিবার কিছুই নাই। স্থলবিশেষের চিকিৎসা। লক্ষণের আতিশয্যানুসারে চিকিৎসার পরিবর্ত্তন করিতে হয়। ক্রমে সহকারে অবরোধক পদার্থ আচোষিত হইতে পারে, এই আশায় রুগ্ন ব্যক্তিকে সম্পূর্ণ স্থির রাখা আবশ্যক। তৎসঙ্গে পুষ্টিকর পথ্য, রুগ্ন ব্যক্তির সাধারণ স্বাস্থ্যসংরক্ষা এবং স্থানিক যন্ত্রণা নিবারণ জন্য অবসাদক ঔষধি প্রয়োগ ভিন্ন অন্য উপায় নাই। সূতিকাবস্থায় কোন রোগীর শাখা-দেহ যদি পচিয়া যায়, যাহা হইলে এক প্রকার অসাধ্য হইয়া পড়ে। সিম্‌সন্ সাহেব কিন্তু একটি রোগীর কথা বলেন যে, তাহার পচা অঙ্গের ও সুস্থ অঙ্গের প্রভেদক স্থানে কর্ত্তন করিয়া পচা অঙ্গটি দূর করিয়া দিয়াও অবশেষে তাহার জীবন রক্ষা হইতে দেখা গিয়াছে।

অষ্টম পরিচ্ছেদ।

প্রসবকালে অথবা সূতিকাবস্থায় অন্যান্য যে কারণে অকস্মাৎ মৃত্যু হইতে পারে।

প্রসবের সময় অথবা পরে যত সংখ্যক স্ত্রীলোকের মৃত্যু হয়, তন্মধ্যে যে অধিকাংশই পূর্ব্বকথিত হৃৎপিণ্ড কি ফুস্ফুস-ধমনীর সমবরোধন কি অণুসমবরোধন জন্য মারা পড়ে, তাহা বলা গিয়াছে। সম্ভবতঃ যেসকল ঘটনাকে স্বভাবজাত শ্বাসাবরোধে মৃত্যু (ইডিওপ্যাথিক্ এসফিক্সিয়া) বলা হয়, তাহার প্রকৃত কারণ ধমনী সমবরোধন; কিন্তু ইহার স্বরূপ না বুঝিয়া শ্বাসাবরোধ কল্পিত হইত। ধমনী সমবরোধ ব্যতীত প্রসবকালে অথবা সূতিকাবস্থায়, অন্যান্য বিবিধ কারণে অকস্মাৎ মৃত্যু হইতে পারে।

অকস্মাৎ মৃত্যুর বিবিধ কারণ।

এই সকল কারণের মধ্যে কতকগুলি ক্ষেত্রজ (অর্গ্যানিক্), কতকগুলি তাহাদের ক্রিয়া-জনিত।

অন্তঃকোষ্ঠ জনিত কারণ।

প্রসবের পূর্ব্বে কোন অন্তঃকোষ্ঠের অসাধ্য রোগ থাকিলে প্রসবের দ্বিতীয়াবস্থায় প্রসূতিকে যে ভয়ঙ্কর বেগ দিতে হয়, সেই বেগের পরিণামে তাহার মৃত্যু হইতে পারে। হৃৎপিণ্ডের অসাধ্য রোগগ্রস্ত কোন স্ত্রীলোক গর্ভিণী হইলে এই প্রকারে তাহার মৃত্যু হইতে পারে। কারণ তাহার হৃৎপিণ্ডের মাংসপেশীগণ মেদাপকৃষ্টতা প্রাপ্ত হইয়া অতি কোমলভাবে থাকে, কুন্থনের বেগে হৃৎপিণ্ড কাজেই সহজে বিদীর্ণ হইয়া মৃত্যু হয়। প্রসবকালের বেগের ফলে এক জনের ধমন্যর্ব্বুদ বিদীর্ণ হইবার কথা ডিহ্সন্ সাহেব উল্লেখ করিয়াছেন। র‍্যামস্বটাম্ সাহেব বলেন যে, এক জনের হৃৎপিণ্ডাবরক ঝিল্লীপ্রদাহ হইয়া ঝিল্লীমধ্যে রস স্রাবিত হওয়ায় হৃৎপিণ্ডের ক্রিয়ার বিঘ্ন ঘটিয়া তাহার মৃত্যু হয়। ডাাং ডেভিলিয়ার্স বলেন যে, এইরূপ আর একজন যুবতী প্রসবের দ্বিতীয়াবস্থায় অকস্মাৎ মারা পড়ে। ইহার মৃতদেহ পরীক্ষায় জনা যায় যে, হৃৎপিণ্ড স্বাভাবিক অবস্থায়

থাকিলেও তাহার ফুসফুসদ্বয়ে ভয়ানক রক্তসঞ্চয় হইয়াছিল, এমন কি ফুসফুস উপাদানে বিস্তৃতভাবে রক্তপাতের চিহ্ন ছিল। প্রসবকালে কুন্থনের বেগে ফুসফুসমধ্যে অধিক রক্ত সঞ্চিত হওয়ায় উহার কোন একটি ধমনী বিদীর্ণ হইলে উক্ত রূপ লক্ষণ হয়। মস্তিষ্কমধ্যে অথবা তদুপরি রক্তপাত হইয়া মৃত্যু হইবার ঘটনা কতকগুলি লিপিবদ্ধ আছে। মস্তিষ্কপোষক ধমনীর অপকৃষ্টতা জন্য যাহাদের এপোপ্লেক্সি রোগ হইবার প্রবৃত্তি আছে, তাহাদেরই উক্ত দুর্বিপাক ঘটিয়া থাকে। ধাত্রীবিদ্যাবিষয়ক অনেক পুস্তকে সূতিকাক্ষেপ রোগের ন্যায় এপোপ্লেক্টিক্ আক্ষেপ একটি বিশেষ রোগ বলিয়া বর্ণিত হয়, কিন্তু বস্তুতঃ এই শেষোক্ত রোগটি প্রসবকালে অথবা তাহার পরে মস্তিষ্কের ধমনীবিদারণের ফল মাত্র। এই রোগের বিশেষ নিদান কিছুই নাই। অগর্ভাবস্থায় যেরূপে মস্তিষ্কের কোন ধমনী বিদীর্ণ হইতে পারে, গর্ভাবস্থায় সেই কারণ উদ্দীপিত হইয়া এই রোগ উপস্থিত করিতে পারে। প্রসবের দ্বিতীয়াবস্থায় কুন্থনের বেগে ডায়াফ্রাম্ বা বক্ষ ও উদরগহ্বর প্রভেদকপেশী বিদীর্ণ হইবার একটিমাত্র ঘটনার উল্লেখ আছে।

অন্তঃকোষ্ঠ উপাদানের কোন পরিবর্তন না হইয়া যথায় মৃত্যু হয়, তথায় ক্রিয়াজনিত কারণ। দ্বিতীয় শ্রেণীর কারণে মৃত্যু হইয়া থাকে। মূর্চ্ছা, আকস্মিক শোক, হর্ষ অথবা অবসাদ প্রভৃতি কারণে যান্ত্রিক অনিষ্ট না হইলেও মৃত্যু হইতে পারে। এরূপ মৃত্যু হইবার কথার অনেক উল্লেখ দেখা যায়। কোন কোন স্ত্রীলোকের স্নায়ুমণ্ডল এত সহজে বিকৃত হইতে পারে যে, কেবল প্রসব যন্ত্রণাতে তাহাদের স্নায়ুমণ্ডল নিতান্ত অবসন্ন হইয়া পড়ে ও তাহাতেই তাহাদের মৃত্যু হয়। আকস্মিক শোক বা হর্ষে অথবা অবসাদে স্নায়ুমণ্ডলের যে অবস্থা হওয়ায় মৃত্যু হয়, ইহাতেও সেই অবস্থা হইয়া থাকে। ম্যাক্লিন্টক্ সাহেব ইহার অনেকগুলি দৃষ্টান্ত দিয়াছেন। প্রসবের সময় অথবা তাহার পর অকস্মাৎ সিন্কোপ্ হইয়া মৃত্যু হওয়াও বিরল ঘটনা নহে। প্রসবকালে অথবা তাহার পরে অকস্মাৎ মৃত্যু হইলেই অনেকে এই কারণে মৃত্যু হয় বলিতেন। ইহার কারণ বোধ হয়, মৃতদেহ পরীক্ষা ঠিক করা হইত না অথবা হইলেও ফুসফুস-ধমনীমধ্যে রক্ত জমাট বাঁধিয়া যে মৃত্যু হইতে পারে, তাহা জানা না থাকায় ফুসফুস পরীক্ষা করা হইত না; সুতরাং মৃত্যুর প্রকৃত কারণ উপে-

ক্ষিত হইত। কেহ কেহ বলেন যে, সন্তান ভূমিষ্ঠ হইলে জরায়ুস্থ শিরায় এতকাল যে চাপ ছিল, তাহা অকস্মাৎ অপসারিত হওয়ায় শাখা-দেহে অধিক রক্তসঞ্চয় হইয়া থাকে বলিয়া মস্তিষ্কপোষক-রক্তাল্পতা হওয়ায় অকস্মাৎ সিন্‌কোপ্ হইয়া মৃত্যু হইতে পারে। সিন্‌কোপের কারণ যাহাই হউক না কেন, নবপ্রসূতির যে এই বিপদ ঘটিবার আশঙ্কা আছে, তাহা জানা থাকিলে কখনই প্রসূতিকে কিছু দিনের জন্য আদৌ শয্যাত্যাগ করিতে দিতে নাই। কোন প্রসূতি কেবল শয্যাত্যাগের চেষ্টাতেই মূর্চ্ছিতা হইয়া মারা পড়িয়াছে।

শিরামধ্যে বায়ুপ্রবেশ-জন্য মৃত্যু।

প্রসবের পর জরায়ুস্থ শিরামধ্যে বায়ুপ্রবেশ করিলে অকস্মাৎ মৃত্যু হইতে পারে। ম্যাক্লিন্‌টক্ সাহেব ছয়টি ঘটনার উল্লেখ করেন। ইহাদের প্রত্যেকেরই সম্ভবতঃ এই কারণে মৃত্যু হয়। লা স্যাপেল্ নাম্নী গুণবতী ধাত্রীচিকিৎসিকা দুইটি ঘটনার উল্লেখ করেন। মঃ লারনেট্ সাহেব একটি রোগীর কথা উল্লেখ করেন, ইহার সুপ্রসব হইলেও প্রসবের পর ৫ ঘণ্টার মধ্যেই মৃত্যু হয়। ইহার যেসকল লক্ষণ হইয়াছিল, তন্মধ্যে ভয়ানক পাংশুবর্ণ, বমনোদ্রেক এবং শ্বাসকৃচ্ছ্রতা এইগুলিই প্রবল ছিল। হৃৎপিণ্ডমধ্যে এবং মস্তিষ্কাবরক এর‍্যাক্‌নইড্ ঝিল্লীস্থ শিরামধ্যে বায়ু দেখা গিয়াছিল। গ্রীবার শিরামধ্যে যেরূপ সহজে বায়ু প্রবেশ করিতে পারে, জরায়ু-অভ্যন্তরে বড় বড় শিরাখাতমধ্যে যে সেইরূপে অনায়াসে বায়ু প্রবেশ করিবার সুবিধা আছে, তাহাতে আর সন্দেহ নাই। জরায়ুমধ্যস্থ শিরাখাতগুলি জরায়ুর পৈশিক-প্রাচীরে দৃঢ় নিবদ্ধ থাকে; সুতরাং জরায়ু শিথিলভাবে থাকিলে ঐ শিরাখাতগুলির মুখ উন্মুক্ত থাকে বলিয়া সহজে বায়ু প্রবেশ করিতে পারে। মাদাম্ লা স্যাপেল্ নাম্নী ধাত্রীচিকিৎসিকার এক জন রোগী মারা পড়ায় তাহার মৃতদেহ পরীক্ষা করিয়া তিনি দেখিয়াছেন যে, শবের জরায়ু অভ্যন্তরের বড় বড় শিরাখাতগুলির মুখ এত উন্মুক্ত রহিয়াছে যে তন্মধ্যে ফুৎকার দ্বারা ইলিয়াক্ শিরা পর্য্যন্ত বায়ু অনায়াসে চালিত করা গেল; এবং ইলিয়াক্ শিরায় সেরূপ ফুৎকার দেওয়াতে জরায়ু-শিরাখাত দিয়া বায়ু নির্গত হইল। শিরা-মুখগুলির পরিমাপ ১½ রেখা পর্য্যন্ত হইয়াছিল। প্রসবের পর জরায়ু যে অবস্থায় থাকে, তদনুসারে ইহার অভ্যন্তরের শিরা-মুখে রক্ত

প্রবেশের সুবিধা কি অসুবিধা হইয়া থাকে। পরিস্রব নির্গত হইবার পর যদি জরায়ু একবার আকুঞ্চিত পরক্ষণেই প্রসারিত হয়, তাহা হইলে পিচকারির ক্রিয়ার প্রায় আচোষণ শক্তিদ্বারা জরায়ুমধ্যে বায়ু-প্রবেশের সুবিধা হয়। অত-এব প্রসবের পর জরায়ুকে আকুঞ্চিত রাখিতে, উদরের উপর চাপ দেওয়া কত দূর আবশ্যক, তাহা বুঝা যাইতেছে।

মৃত্যুর কারণ। শিরামধ্যে বায়ু প্রবেশ করিলে কি করিয়া মৃত্যু হয়, তাহা সিদ্ধান্ত করিতে নিদানবেত্তারা একবাক্য নহেন। পণ্ডিতবর বিষা বলেন যে মস্তিষ্কের রক্তবহা নাড়ীতে রক্তের পরিবর্ত্তে বায়ু থাকায় রক্তাল্পতা ও সিন্-কোপ্-জন্য মৃত্যু হয়। নিষ্টেন্ সাহেব বলেন যে, হৃদুদরমধ্যে ঘনীভূত বায়ু থাকায় হৃৎপ্রাচীর প্রসারিত থাকে ও তাহার পক্ষাঘাত হয় বলিয়া মৃত্যু হয়। লীরয় সাহেব বলেন যে, ফুসফুস্ মধ্যে রক্ত সঞ্চলন হয় না বলিয়া বাম হৃদুদরে রক্ত আসিতে পারে না তজ্জন্য মৃত্যু হয়। আবার লীরয়-দে-তোয়ালী সাহেব বলেন যে, উক্ত প্রত্যেক কারণে অথবা সকলগুলি কারণ একত্র থাকায় মৃত্যু হইয়া থাকে। এই প্রকার অনেকেই অনেক প্রকার মত প্রকাশ করিয়াছেন। কিন্তু ইহাদের কোনটিই আপত্তিশূন্য নহে। সুবিখ্যাত পণ্ডিত ভিক্ র সাহেব এবং অপল্জার সাহেব এবং ইহাদের পরে ফেল্টজ্ সাহেবও সম্প্রতি বলি-য়াছেন যে, বায়ুবিন্দু ফুসফুস্-ধমনীর ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র শাখা অবরুদ্ধ করাতেই মৃত্যু হইয়া থাকে। ফিব্রিণ্ নির্ম্মিত অণুসমবরোধক ফুস্ফুস্-ধমনীশাখা অবরুদ্ধ করিলে যে প্রকারে মৃত্যু হয়, এই বায়বীয় অণুসমবরোধক দ্বারাও ঠিক সেই বায়বীয় সমবরোধান ঠিক সেই প্রকার লক্ষণে প্রাণনাশ হয়। যেখানে অন্য প্রকারে মৃত্যু হয়। ফুস্ফুস্ সমবরোধনে যে সকল লক্ষণে প্রাণনাশ হয়, এই কারণে মৃত্যু হইয়াছে বলিয়া ধার্য্য করা হইয়াছে, সম্ভবতঃ তাহার কোন কোনটির জরায়ু-শিরাখাতে বায়ুপ্রবেশজন্য মৃত্যু হইয়াছে। "অবষ্টেটীক্" সমাজে ডাং গ্রেলী হিউইট্ যে রোগ লইয়া বাদানুবাদ করেন, তাহা সম্ভবতঃ এই রোগ। সংযুক্ত-পরিস্রব বিযুক্ত করিবার অল্পক্ষণ পর কোন প্রসূতির মৃত্যু হয়। এস্থলে জরায়ু-গহ্বরে বায়ু অনায়াসে প্রবেশ করিয়াছিল। ইহার হৃদ্দেশে ভয়ঙ্কর বেদনা, শ্বাসকৃচ্ছ্রতা এবং নাড়ীহীনতা প্রভৃতি কয়েকটি লক্ষণ প্রবল ছিল। এই সকল লক্ষণ আবার ফুসফুস্ অবরোধেও ঘটিয়া থাকে। সুতরাং

অর্থাৎ শিরামধ্যে বায়ু প্রবেশেরই অধিক সম্ভাবনা। ডাং গ্রেঃ হিউইট্ বলেন যে, ইহার স্নায়ুমণ্ডলে প্রতিঘাতজন্য মৃত্যু হয়; কিন্তু তাহার লক্ষণের সহিত তাহার কোন সৌসাদৃশ্য দেখা যায় না।

নবম পরিচ্ছেদ।

শাখাদেহের শিরা—সমবরোধ—(তুল্যার্থ;—ক্রুরাল্ শিরাপ্রদাহ—ফ্লেগ্‌মেশীয়া ডোলেন্স্—এনাসার্কা সিরোসা—ঈডীমা ল্যাক্‌টিয়াম্ বা দুগ্ধ-শোথ্—হোয়াইট্ লেগ্ বা শ্বেতপাদক)।

শাখা দেহের শিরা-সমবরোধের লক্ষণ ও নিদানের বিষয় বলিতে গেলে কেবল অধঃশাখারই শিরা বুঝিতে হইবে কারণ দেহের ঊর্দ্ধ শাখারই এই রোগ হয় কি না আর হইলেই বা তাহার কি লক্ষণ হয় তদ্বিষয়ে কিছু জানা নাই।

শাখা দেহের শিরা সমবরোধন।

দেহের অধঃশাখার শিরা সমবরোধ হইলে যে সকল রোগ হয় তন্মধ্যে ফ্লেগ্‌মেশীয়া ডোলেন্স্ নামক সুপরিচিত রোগের বিষয় জ্ঞাত থাকা নিতান্ত আবশ্যক। এই রোগের স্বরূপ ও নিদান লইয়া অনেক বাগ্‌বিতণ্ডা হইয়াছে এবং অনেকে বিবিধ মত প্রকাশ করিয়াছেন। ডাং প্লেফেয়ার্ এই রোগটিকে স্থানিক কারণোদ্ভূত একটি স্বতন্ত্র রোগ না বলিয়া বলেন যে, ইহা দৈহিক রক্তদোষপরিচায়ক লক্ষণ মাত্র। এই মতটি খ্যাতনামা নিদানবেত্তারা স্বীকার না করিতে পারেন; কারণ ইহাতে রোগানিদান অনুমান করিয়া লওয়া হইয়াছে। কিন্তু ডাং প্লেফেয়ার্ যে কারণে এই সিদ্ধান্তে উপনীত হইয়াছেন তাহার কিছু কিছু কারণ পূর্ব্বে বলা গিয়াছে। এক্ষণে আরও কতকগুলি কারণ বলা যাইতেছে। এতদ্দ্বারা ডাক্তার সাহেবের সিদ্ধান্ত অধিকতর দৃঢ়ীকৃত

হইতে পারিবে এবং রুগ্ন অঙ্গের অবস্থা কেন বিশিষ্টরূপ ধারণ করে তাহাও বুঝা যাইবে।

লক্ষণ। প্রথম লক্ষণ। যে অঙ্গ আক্রান্ত হইবে তাহার কোন স্থানে ভয়ঙ্কর যন্ত্রণা এই রোগের প্রথম লক্ষণ। বেদনার প্রকৃতি বিভিন্ন প্রকার হইয়া থাকে। কাহার কাহার বেদনা অত্যন্ত তীব্র হয় এবং উহা প্রধান শিরার গতি অনুযায়ী অথবা তন্নিকটে অনুভূত হইয়া থাকে। কুঁচকি অথবা পশ্চাদ্দিকে আরম্ভ হইয়া নিম্নদিকে বেদনা নামিতে পারে অথবা পায়ের ডিমে আরম্ভ হইয়া বস্তিদেশের দিকে উর্দ্ধে উঠিতে পারে। আক্রান্ত অঙ্গ স্ফীত হইলেই বেদনা নরম পড়ে। সচরাচর ২৪ ঘণ্টার মধ্যেই স্ফীতি দেখা যায়। যতক্ষণ রোগ অত্যন্ত তীব্র ভাবে থাকে ততক্ষণ বেদনার জন্য অত্যন্ত যাতনা হয়। যাতনা এত অধিক হয় যে, রোগী অস্থির হইয়া পড়ে এবং তাহার নিদ্রা হয় না। বেদনার সঙ্গে সঙ্গে অথবা কিছু পূর্ব্বে হইতে সাধারণ অসুস্থতা বোধ হয়। দুই একদিন পর্য্যন্ত রোগী অকারণে অস্থির, ক্রোধশীল এবং অসুস্থ বোধ করে। কখন কখন স্পষ্ট কম্প হইয়া রোগ আরম্ভ হইতে দেখা যায়। রোগের আতিশয্য অনুসারে সমগ্র দেহে রোগ চিহ্ন দেখা যায়। নাড়ীবেগ দ্রুত ও দুর্ব্বল, প্রতি মিনিটে প্রায় ১২০। দৈহিক উত্তাপ ১০১। ১০২ ডিগ্রি হয় এবং প্রত্যহ বৈকালে তাপ কিছু বৃদ্ধি হয়। পিপাসা প্রবল হয়, জিহ্বা শ্বেতবর্ণ এবং মলপূর্ণ থাকে ও কোষ্ঠ বদ্ধ হয়। বিরল স্থলে রোগ প্রবল হয় না এবং দৈহিক লক্ষণও থাকে না।

আক্রান্ত অঙ্গের অবস্থা। রোগ লক্ষণ প্রকাশ পাইলে আক্রান্ত অঙ্গ শীঘ্র স্ফীত হয়। সচরাচর কুঁচকি হইতেই স্ফীতি আরম্ভ হইয়া নিম্নদিকে নামে। কখন কখন কেবল উরু স্ফীত হয়, আবার কখন উরু হইতে পদ পর্য্যন্ত স্ফীত হইয়া পড়ে। অতি অল্প লোকেরই পায়ের ডিম হইতে ফুলা আরম্ভ হইয়া উর্দ্ধে উরুতে এবং নিম্নে পদ পর্য্যন্ত বিস্তৃত হয়। আক্রান্ত অঙ্গ এরূপ বিশেষ আকার ধারণ করে যে, অন্য কোন রোগে সেরূপ হয় না। আক্রান্ত অঙ্গ কঠিন, টান্‌টান্ ও স্থূল হয়, দেখিতে উজ্জ্বল শ্বেতবর্ণ এবং চাপ দিলে নমিত হয় না। কেবল রোগের প্রারম্ভে এবং শেষে নমিত হইয়া থাকে। সাধারণ শোথ হইতে এই শোথ সম্পূর্ণ বিভিন্ন। যখন সমগ্র

উরু ও পদ আক্রান্ত হয় তখন অঙ্গুলি অত্যন্ত স্থূল হইয়া পড়ে। ফেমর্যাল্ ও পপ্‌লীটিয়াল্ শিরামধ্যে জমাট রক্ত থাকায় উহারা যে অবরুদ্ধ হইয়াছে তাহা অনুভব করিলে জানা যায়, কারণ অঙ্গুলি দিয়া টিপিলে উহাদিগকে দড়ার ন্যায় অনুভব করা যায়। টিপিলে বেদনা অনুভূত হয় এবং যতদূর শিরা-দ্বয় গিয়াছে ততদূর ত্বক্ রক্তবর্ণ দেখা যায়। উভয় পদের মধ্যে যে কোনটি আক্রান্ত হইতে পারে তবে বাম পদাপেক্ষা দক্ষিণ পদ সচরাচর আক্রান্ত হইয়া থাকে। ব্যাপ্ত হওয়া এই রোগের স্বধর্ম্ম সুতরাং কাহার কাহার রোগের উপশম হইতে হইতেই আবার জ্বর হইয়া অপর অঙ্গ আক্রান্ত হইতে দেখা যায়।

রোগের গতি। রোগের তীব্র অবস্থা এক সপ্তাহ হইতে এক পক্ষ পর্য্যন্ত থাকিয়া ক্রমশঃ দৈহিক লক্ষণ সকল অস্পষ্ট হইতে থাকে। নাড়ীবেগ ও দৈহিক উত্তাপের হ্রাস হয়, বেদনা কম হয়, অনিদ্রা ও অস্থিরতা কমিতে থাকে। আক্রান্ত অঙ্গের স্ফীতি ও টান্ টান্ ভাবও কমিয়া যায় এবং আচোষণ ক্রিয়া অতি ধীরে ধীরে কার্য্য করে। নিঃসৃত রস আচোষিত হইতে কয়েক সপ্তাহ এমন কি কয়েক মাস পর্য্যন্ত লাগে। ডাং চার্চ্চিল্ বলেন যে, রোগী আক্রান্ত অঙ্গ কাষ্ঠবৎ অনুভব করে এবং এই অনুভবটি রোগ আরোগ্য হইলেও বহুকাল পর্য্যন্ত থাকে। অদূরদর্শিতার কার্য্য করিলে যথা শীঘ্র শীঘ্র হাঁটিবার চেষ্টা ইত্যাদিতে পুনরায় রোগ আবির্ভূত এবং রুগ্ন অঙ্গ আবার স্ফীত হইয়া থাকে ক্রমশঃ আরোগ্য হওয়া এই রোগের সাধারণ পরিণাম। অতি বিরল স্থলে কাহার কাহার আক্রান্ত অঙ্গ পাকিয়া উঠে। শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর অধঃস্থিত কৌষিক উপাদান অথবা লসিকাগ্রন্থি কিম্বা বস্তিদেশের কি জানুর সন্ধি পাকিতে পারে এবং অবসাদ জন্য মৃত্যু হইতে পারে। ফুসফুস্ সমবরুদ্ধ হইয়া অথবা অণুসমবরোধক বিচ্ছিন্ন হইয়া অকস্মাৎ মৃত্যু হইবার সম্ভাবনা পূর্ব্বে বলা গিয়াছে। অযথা পরিশ্রম করিয়া এই দুর্ঘটনা অনেকের ঘটিয়াছে স্মরণ রাখিলে এই রোগে রোগীকে কোন প্রকার পরিশ্রম করিতে না দেওয়া যে কতদূর আবশ্যক তাহা অনায়াসে বুঝা যায়।

রোগ সূচনা। প্রসবের পর অনতিবিলম্বেই এই রোগ আরম্ভ হইয়া থাকে। দ্বিতীয় সপ্তাহের পূর্ব্বে প্রায় এই রোগ হইতে দেখা যায় না। ডাং রবার্ট্ লী সাহেব যে ২২টি ঘটনার তালিকা করিয়াছেন তন্মধ্যে ৭ জনের

চতুর্থ ও দ্বাদশ দিবসের মধ্যে রোগ আরম্ভ হয় এবং ১৪ জনের দ্বিতীয় সপ্তাহের পর হয়। প্রসবের কয়েক মাস পরেও কোন কোন স্থলে এই রোগ হইবার বিষয় উল্লেখ আছে। তবে এই সকল ঘটনাকে সূতিকাবস্থার রোগ বলা যায় কিনা সন্দেহ। ফ্লেগমেশীয়া ডোলেন্স্ রোগ সূতিকাবস্থা ভিন্ন অন্য সময়েও হইয়া থাকে। দেহের যে সকল অবস্থায় তন্মধ্যে পচনশীল পদার্থ থাকিতে পারে এবং রক্তে ফিব্রিণের পরিমাণ অত্যন্ত অধিক হইতে পারে যথা—সাংঘাতিক অর্ব্বুদ, রক্তাতিসার, পালমোনারী থাইসিস্ প্রভৃতি রোগে ফ্লেগ্মেশীয়া ডোলেন্স্ হইতে পারে। ডাঃ প্লেফেয়ার বলেন যে এই সকল কারণ হইতে ফেগ্মেশীয়া ডোলেন্সের উৎপত্তি যত অল্প হয় বলিয়া অনুমান করা হয় বস্তুত তত বিরল নহে।

ইতিবৃত্ত ও নিদান। বহুকাল হইতে এই রোগটি চিকিৎসা ব্যবসায়ীদিগের গোচরে আসিয়াছে। হিপক্রেটিস্, ডিক্যাষ্ট্রো প্রভৃতি প্রাচীন চিকিৎসকগণও এই রোগের উল্লেখ করিয়া গিয়াছেন। মরিসো সাহেব সর্ব্বপ্রথমে এই রোগটি বিশদরূপে বর্ণনা করেন। তিনি কেবল ইহার লক্ষণগুলি প্রকৃতরূপে বর্ণনা করিয়া ক্ষান্ত হয়েন নাই। ইহার নিদান সম্বন্ধে তিনি যাহা অনুমান করিয়াছেন তাহা তাঁহার পরবর্ত্তী চিকিৎসকগণের অনুমান অপেক্ষা অধিকতর যুক্তিসঙ্গত। তিনি বলিয়াছেন "এমন কতকগুলি রস যাহা লোকিয়া স্রাবের সহিত নির্গত হওয়া কর্ত্তব্য তাহা আবদ্ধ থাকায় এই রোগ উৎপন্ন হয়।"

পুজো সাহেবের মত। পুজো সাহেব বলিয়াছেন যে দুগ্ধক্ষরণ বন্ধ হইয়া আক্রান্ত অঙ্গে দুগ্ধপাত হয় বলিয়া এই রোগ উৎপন্ন হয়। পুজো সাহেবের মতটি লেভ্রেট্ প্রভৃতি পরবর্ত্তী লেখকগণ অবলম্বন করেন এবং ইহা লোকের মনে এত দৃঢ় হইয়াছিল যে অদ্যাপি এই রোগের নাম উক্ত মতানুযায়ী আছে; যথা দুগ্ধ-শোথ, দুগ্ধপাদ। ১৭৮৪ খৃঃ অব্দে ম্যানচেষ্টার নিবাসী মিঃ হোয়াইট্ সাহেব বলিয়াছেন যে আক্রান্ত অঙ্গের লসিকা গ্রন্থি ও রক্তবহা নাড়ী সকলের কোন প্রকার পীড়াবশতঃ এই রোগ হইয়া থাকে। এই মতটি অথবা ইহারই অনুরূপ নিম্নলিখিত মতগুলি সর্ব্বসাধারণ্যে গ্রাহ্য হইয়াছিল গ্লাসেষ্টার নিবাসী টায়ার সাহেব বলিয়াছেন যে, বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বার পার হইয়া যে লসিকা নাড়ী যায় তাহাই ছিন্ন হইয়া এই রোগ উৎপন্ন হয়।

আবার ডাং প্লেফেয়ার্ বলিয়াছেন যে সমগ্র আচোষক নাড়ীর প্রদাহ জন্যই এই রোগ হইয়া থাকে।

শিরাপ্রদাহ জন্য রোগের উৎপত্তি।

১৮২৩ খৃঃ অঃ পূর্ব্বে এই রোগে শিরাসকলের কি অবস্থা হয় তাহা কেহই জানিতেন না। ইউনিভার্সিটি কলেজের ডাং ডেভিস্ যদিও সর্ব্ব প্রথমে আক্রান্ত অঙ্গের শিরামধ্যে জমাট রক্ত দেখেন, তথাপি বুইলো সাহেব এসম্বন্ধে সবিস্তার বর্ণনা করেন বলিয়া তিনিই যথার্থ প্রশংসার পাত্র। কোন একজন রোগীর এই রোগে মৃত্যু হওয়ায় ডাং ডেভিস্ সাহেব তাহার শবব্যবচ্ছেদ করিয়া বুইলো সাহেবের ন্যায় শিরাসকল জমাট রক্ত পূর্ণ দেখিতে পান। তিনি অনুমান করেন যে, শিরাপ্রাচীরের প্রদাহবশতই তন্মধ্যে রক্ত জমাট বাঁধে। এই জন্যই রোগটিকে ফ্লেগ্‌মেশীয়া ডোলেন্স্ না বলিয়া ক্রূরাল্ শিরাপ্রদাহ বলা হয়। ডাং রাবার্ট্ লী এই মতের পোষকতার জন্য অনেক চেষ্টা করেন। তিনি ইলিয়াক্, জরায়ু ও ফেমরাল্ শিরামধ্যে এক সময়ে সমবরোধন দেখিয়া স্থির করেন যে, প্রদাহ প্রথমে হাইপগাষ্ট্রিক্ শিরার জরায়ুস্থ শাখায় আরম্ভ হইয়া ক্রমশঃ ফেমরাল্ শিরায় অবতরণ করে। তিনি আরও বলেন যে ফ্লেগ্‌মেশিয়া রোগ কেবল সূতিকাবস্থায় হয় না, তবে অন্য সময়ে হইলে জরায়ু-শিরাপ্রদাহের কারণ—যথা জরায়ুমুখ ও গ্রীবার কর্কট রোগ থাকা আবশ্যক। এই প্রদাহ-মতটি সকলেই গ্রাহ্য করিতেন এবং অদ্যাপি অনেকে বলেন যে এই মতানুসারে রোগের সকল লক্ষণই বুঝিতে পারা যায়। বস্তুতঃ অল্পাধিক সমবরোধন যে বর্ত্তমান থাকে তাহা অস্বীকার করা যায় না এবং পূর্ব্বে যেরূপ অনুমিত হইত যে শিরাপ্রদাহ ভিন্ন সমবরোধন হইতে পারে না, তদনুসারে এই মতটি যুক্তিসঙ্গত বলিয়াই বোধ হইত। কিন্তু অধিক দিন গত হয় নাই, নিদানবেত্তাগণ প্রমাণ করিয়াছেন যে অন্য কারণেও সমবরোধন হইতে পারে শিরাপ্রদাহ হইলেই যে তন্মধ্যে রক্ত জমাট বাঁধিবে এমত নহে, বরং রক্ত জমাট বাঁধে বলিয়াই সচরাচর শিরাপ্রদাহ হইয়া থাকে।

পচনশীল পদার্থ হইতে রোগোৎপত্তি।

মৃত ডাং মেকেঞ্জি এই শিরাপ্রদাহ মতের বিরুদ্ধে প্রধান প্রতিপক্ষ ছিলেন। তিনি ইতর জন্তুর দেহ পরীক্ষা করিয়া স্থির করিয়াছেন যে কেবল প্রদাহদ্বারা এত অধিক দূরব্যাপী সমবরোধন

হওয়া অসম্ভব এবং শিরার এক স্থানের প্রদাহ হইলে তাহা শিরাপ্রদাহ-বাদীগণ যেরূপ বলেন সেইরূপ শিরার যতদূর গতি ততদূর ব্যাপ্ত হইতে পারে না। তিনি শেষে এই সিদ্ধান্ত করেন যে রক্তমধ্যে পচনশীল পদার্থ থাকা অথবা রক্তের পরিবর্ত্তিত অবস্থাই এই রোগের মূলীভূত কারণ এবং এই কারণেই শিরামধ্যে রক্ত জমাট বাঁধে। ফ্লেগ্‌মেশিয়া ডোলেন্স্ ও সূতিকা জ্বর এই উভয় রোগের কারণ মধ্যে সময়ে সময়ে সৌসাদৃশ্য লক্ষিত হয়, তাহা ডাং টাইলার্ স্মিথ্ সাহেব বলিয়া গিয়াছেন এবং ফ্লেগ্‌মেশিয়া ডোলেন্স্ রোগটি যে রক্তদোষজন্য উৎপন্ন হয় তাহাও স্পষ্ট করিয়া বলিয়াছেন। তিনি বলেন যে "এই রোগটি স্পর্শাক্রমণ ও সংক্রমণ দোষ হইতে প্রধানতঃ উৎপন্ন হয় এইরূপ আমার বিশ্বাস।" "ফ্লেগ্‌মেশিয়া ডোলেন্স্ আক্রান্ত কোন রোগীকে দেখিলে আমার বোধ হয় যে সে সৌভাগ্যক্রমে সূতিকাজ্বর অথবা বিস্তীর্ণ শিরাপ্রদাহ হইতে বাঁচিয়া গিয়াছে। তাঁহার পক্ষ সমর্থনজন্য নিম্নলিখিত দৃষ্টান্তটি তিনি দিয়াছেন। "কিছু দিন পূর্ব্বে আমার কোন চিকিৎসক বন্ধু গলমধ্যে বিসর্পিকা (এরিসিপ্যালেটাস) ক্ষতগ্রস্ত কোন রোগীর চিকিৎসা ও শুশ্রূষায় নিযুক্ত হন। এই রোগীর ক্ষতটি পচিয়া উঠে এবং আমার বন্ধুরও গলক্ষত হয়। এই অবস্থায় তিনি একদিন চব্বিশ ঘণ্টার মধ্যে তিন জনকে প্রসব করান। এই তিনটি প্রসূতিরই ফ্লেগমেশিয়া রোগ হয়।"

"অবস্টেট্রিক্ ট্রান্‌জ্যাক্‌শন্‌স্" নামক মাসিক পত্রের দ্বিতীয় খণ্ডে ডাং টিল্‌বেরি ফক্‌স দুইটি প্রবন্ধ প্রচারিত করেন। এই দুই প্রবন্ধে তিনি এই রোগের নিদান সম্বন্ধে অনেক প্রয়োজনীয় বিষয় সম্প্রতি লিখিয়াছেন। তাঁহার মতে এই রোগে যেসকল লক্ষণ তাহা কেবল শিরামধ্যে জমাট রক্ত থাকায় উৎপন্ন হইতে পারে না, এতিন্ন আরও কিছু আবশ্যক। তবে শিরামধ্যে জমাট রক্ত এই রোগের নিদানজনিত প্রধান চিহ্ন বটে। তিনি বলেন যে সমবরোধন বাহ্য ও আন্তরিক এই উভয় কারণে উৎপন্ন হয়। বাহ্যকারণ—যথা অর্ব্বুদাদির চাপ। আন্তরিক কারণগুলিই জানা অত্যন্ত আবশ্যক। ইহারা তিন শ্রেণীতে বিভক্ত হইতে পারে।

টিল্‌বেরি ফক্‌স্ সাহেবের মত।

১। রক্তবহা নাড়ীমধ্যে প্রকৃত প্রদাহজনিত পরিবর্ত্তন। রোগ যখন দেহব্যাপী হয় তখন এই কারণে রোগ উৎপন্ন হইয়া থাকে।

২। দূষ্য পদার্থ শীঘ্র আচোষিত হইয়া সমবরোধন।

৩। দূষ্য পদার্থের ক্রিয়া এবং সমবরোধন উভয়ে মিলিত হইয়া এই রোগ উৎপন্ন করিতে পারে। এস্থলে কেবল ফ্লেগমেশিয়া ডোলেন্স (দুঃখজনক স্ফীতি) সাধারণ সমবরোধনের ফলে উৎপন্ন হয়, শিরাপ্রদাহজন্য নহে, এবং দৈহিক লক্ষণ সকল রক্তদোষজন্য ঘটে।

তিনি আরও বলেন যে কেবল শোথজন্য আক্রান্ত অঙ্গের বিশিষ্টরূপ স্ফীতি হওয়া অসম্ভব। কারণ সাধারণ শোথ ও এই রোগের স্ফীতি সম্পূর্ণ বিভিন্ন। এই রোগে আক্রান্ত অঙ্গের ত্বকের শ্বেতবর্ণ, ভয়ানক স্নায়ুশূল এবং স্থায়ীরূপ স্পর্শানুভাবকতার হ্রাস এই সকল লক্ষণদ্বারা স্পষ্টই বুঝা যায় যে, ত্বকের সমগ্র উপাদান এমন কি কিউটিস্ ভিরা (প্রকৃত ত্বক্) ও এপিথিলিয়াল্ শ্লৈষ্মিক ঝিল্লীর স্তবমধ্যে ফিব্রিণ পদার্থ নিঃসৃত হইয়া পূর্ণ করিয়াছে। সুতরাং তিনি এই সিদ্ধান্ত করিয়াছেন যে, শোথ এবং আরও কিছুদ্বারা অঙ্গস্ফীতি, উৎপন্ন হয়। এই আরও কিছু সম্ভবতঃ লসিকা নাড়ীর অবরোধ। কারণ লসিকা নাড়ী অবরুদ্ধ থাকায় নিঃসৃত রক্তরস আচোষিত হইতে পারে না। তাঁহার বিশ্বাস এই যে জরায়ুমধ্যে কোনপ্রকার পচনশীল পদার্থ থাকায় তাহার ক্রিয়াদ্বারা এইসকল পরিবর্তন ঘটে এবং সূতিকাবস্থা ভিন্ন অন্য কালে যে কারণে ফ্লেগমেশিয়া রোগ হয় ঠিক সেই কারণ উপস্থিত করে।

ডাং ফক্স্ সাহেব যেসকল যুক্তি প্রদর্শন করিয়াছেন তাহা সঙ্গত বটে এবং ইহাও বলা যাইতে পারে যে, কেবল শিরাপ্রদাহ হইতে আক্রান্ত অঙ্গের বিশিষ্ট স্ফীতি হইতে পারে না। কেবল শিরাপ্রদাহ হইতে এই রোগের সমস্ত লক্ষণ উৎপন্ন হইতে পারে না এবং এতদূর বিস্তৃত সমবরোধনও সম্ভব হয় না। কেবল লসিকা নাড়ীর প্রদাহ অথবা অবরোধজন্য এই রোগের উৎপত্তি সম্বন্ধে পূর্ব্বে যে মত প্রকটিত হইয়াছে তাহা কেবল অনুমান মাত্র। তাহার পক্ষ সমর্থনজন্য কোনও দৃষ্টান্ত দেখা যায় না এবং আজকাল এই মতের পক্ষপাতীও বড় কেহ দেখা যায় না। ম্যাকেঞ্জি ও লী সাহেবদিগের পরীক্ষার ফলে এবং সমবরোধনের কারণ সম্বন্ধে আধুনিক নিদানবেত্তাদিগের গবেষণার প্রসাদে আমরা যে বিস্তৃত জ্ঞান লাভ করিয়াছি তদনুসারে পূর্ব্বে যে মতটি প্রকাশ করা গিয়াছে অর্থাৎ সূতিকাবস্থাজনিত রক্ত দোষ হইতেই এই

রোগের উৎপত্তি, তাহা অধিক যুক্তিসঙ্গত বলিয়া বোধ হয়। কিন্তু তাহা বলিয়া ডাং ফক্স সাহেবের অভিমতটি অসঙ্গত বলা যাইতেছে না। আক্রান্ত অঙ্গের বিশেষ স্ফীতি উৎপাদন করিতে লসিকা নাড়ীর দোষ থাকা অসম্ভব নহে, তবে ইহা আমরা এক্ষণে প্রমাণ করিতে অক্ষম। রক্তের যে দোষজন্য শিরাসমবরোধন হইতে পারে, সেই দোষ লসিকা নাড়ীগুলিকে এরূপ উত্তেজিত করিতে পারে যে, তাহারা কার্য্যক্ষম থাকে না অথবা তাহাদিগকে একেবারে অবরুদ্ধ করিতে পারে; এই মতটি স্বতঃই অসম্ভব নহে। যাহাহউক এই রোগের নিদানমধ্যে শিরাসমবরোধই প্রধান ও নিতান্ত প্রয়োজনীয়। ইহার সঙ্গে অন্য কোন অজ্ঞাত কারণ থাকিতে পারে বলিয়া যে অন্যান্য স্থানের শিরা সমবরোধের সহিত এই রোগের ঘনিষ্ঠ সম্বন্ধ থাকিবেনা তাহা নহে।

সমবরোধকের পরিবর্ত্তন।

সমবরোধকের মধ্যে যেসকল পরিবর্ত্তন হয় তদ্দ্বারা উহা আরোচিত হইবারই সুবিধা হয়। অনেক গ্রন্থকর্ত্তারা বলেন যে এই পরিবর্ত্তনের পরিণামে হয় কোন পদার্থ গঠিত হয়, নতুবা সমবরোধকটি পাকিয়া উঠে। সম্ভবতঃ পরিবর্ত্তনের যে আকার দেখিয়া এই সিদ্ধান্ত করা হইয়াছে তাহা ভ্রান্তিজনক। প্রকৃতপ্রস্তাবে ফিব্রিণের অপকৃষ্ট পরিবর্ত্তনজন্যই এইরূপ আকার হয়। সাধারণতঃ ফিব্রিণের এগিলইড্ অপকৃষ্টতা অথবা মেদাপকৃষ্টতা হইয়া থাকে।

অণুসমবরোধক বিচ্ছিন্ন হওয়া।

সমবরোধক যদি এরূপ আকারবিশিষ্ট হয় যে তাহার কিয়দংশ রক্ত স্রোতে ভাসিতে থাকে, তাহা হইলে রক্তের বেগে সমবরোধকের শীর্ষ দেশ হইতে অণুসমবরোধক ছিন্ন হইয়া রক্ত স্রোতে ভাসিয়া গিয়া কোন স্থানে আবদ্ধ হয়। এই দুর্ঘটনা ঘটিলে যে শাখা সমবরোধক হইতে অণুসমবরোধক বিযুক্ত হয়, তাহা দেখিলে জানা যায়। কারণ তাহার শীর্ষ দেশ গোলাকার না হইয়া ক্ষতযুক্ত দেখা যায়। সমবরোধকের আকৃতি বিশিষ্টপ্রকার হইলেই অণুসমবরোধক বিচ্ছিন্ন হইবে এমত নহে; কিছুদিন ধরিয়া সমবরোধক কোমলীকৃত ও ভঙ্গপ্রবণ না হইলে কেবল রক্ত বেগে তাহা হইতে অণুসমবরোধক বিচ্ছিন্ন হইতে পারে না। ডাং প্লেফেয়ার সাহেব সূতিকাবস্থায় প্রকৃত অণুসমবরোধনের বিষয় পূর্ব্বে যাহা উল্লেখ করিয়াছেন এবং যাহা অধিকাংশস্থলে প্রসবের ১৯ দিন মাত্র পরে ঘটে, ঐই মতটি

জানা থাকিলে তাহার কারণ বুঝা যাইতে পারে। এই প্রকার ঘটনা এই মতের পক্ষ সমর্থক।

চিকিৎসা।

আক্রান্ত অঙ্গের শিরা-প্রদাহ জন্যই ফ্লেগমেশিয়া রোগ হয় এই ভ্রান্ত মতটি প্রচলিত থাকার পূর্ব্বে ইহার চিকিৎসার নিমিত্ত রক্তমোক্ষণাদি ব্যবস্থা করা হইত। সুতরাং অনেকেই আক্রান্ত শিরার গতি অনুসারে জোঁক লাগাইতে ব্যবস্থা দিতেন। তাঁহারা এমনও বলেন যে একবার জোঁক লাগাইয়া যদি বেদনার উপশম না হয় তাহা হইলে দ্বিতীয়বার ও তৃতীয় বারও জোঁক লাগাইতে হয়। পচনশীল পদার্থদ্বারা এই রোগের উৎপত্তি স্বীকার করিলে এই চিকিৎসাপ্রণালী যে যুক্তিসঙ্গত নহে, তাহা বুঝা যায়। আবার দুর্ব্বল ও ক্ষীণকায় স্ত্রীলোক অথবা যাহাদের সমধিক রক্তস্রাব হইয়াছে তাহাদেরই অনেকের এই রোগ হইতে দেখা যায় বলিয়া উক্ত চিকিৎসা প্রণালী আরও নিন্দনীয়। তবে যদি স্থানিক রক্তমোক্ষণ করিতে হয় তাহা হইলে যথায় শিরাগুলির গতি অনুসারে অধিক বেদনা অনুভূত হয় ও যেস্থান রক্তবর্ণ দৃষ্ট হয় এবং যাহাদের দেহে রক্তাধিক্য থাকে ও যাহারা বলিষ্ঠ, কেবল তাহাদেরই ইহা অনুষ্ঠান করা কর্ত্তব্য। কিন্তু এরূপ ঘটনা অতি বিরল।

চিকিৎসা করিতে ব্যগ্র হওয়া আবশ্যক নহে।

এই রোগের নিদান সম্বন্ধে যাহা বলা গেল তাহা জানা থাকিলে ইহার আরোগ্যউদ্দেশে বিশেষ ব্যগ্র হওয়া কর্ত্তব্য নহে, হইলেও কোন ফল হয় না। কাল এবং পরিশ্রমবিরতির উপরই আমাদের প্রধানতঃ নির্ভর করিতে হয়। কারণ কালসহকারেই সমবরোধন ও গৌণনিঃসৃত-রস আচোষিত হইবার সম্ভাবনা। তবে যাহাতে বেদনার উপশম হয় ও অন্যান্য প্রবল লক্ষণ তিরোহিত হয় এবং রোগীর বল সংরক্ষিত হয় তদ্বিষয়ে বিশেষ যত্নশীল থাকা কর্ত্তব্য।

বেদনানিবারণ ইত্যাদি।

আক্রান্ত অঙ্গে আর্দ্র উত্তাপ সর্ব্বদা লাগাইলে উহার বেদনা ও টানটান্ ভাব শীঘ্রই উপশমিত হয়। মসিনার পোল্‌টিস্ দ্বারা অঙ্গটিকে সম্পূর্ণ আবৃত রাখিলে এবং ঘন ঘন ঐ পোল্‌টিস্ বদলাইয়া দিলে এই উদ্দেশ্য উত্তমরূপে সাধিত হয়। কিন্তু কখন কখন আক্রান্ত অঙ্গের স্পর্শানুভাবকতা এত বৃদ্ধি পায় যে পোল্‌টিসের ভারও সহ্য হয় না। এই স্থলে পোল্‌টিসের পরিবর্ত্তে গরম ফ্লানেল্ ষ্টুপ্‌স্ প্রয়োগ করিয়া অঙ্গটিকে অইল্‌ড

সিল্ক্ বা গটাপার্চা দ্বারা আবৃত রাখা কর্ত্তব্য। বেদনানিবারক ঔষধির স্থানিক প্রয়োগে বড় আরাম বোধ হয়, সুতরাং পোল্‌টিস্ অথবা ষ্টুপ্‌স্এর সহিত তাহা ব্যবহার করা যাইতে পারে। পোল্‌টিসের উপর লডেনাম্ অথবা ক্লোরোফর্ম্ ও বেলেডোনা লিনিমেণ্ট্ বিকীর্ণ করিয়া অথবা পোস্তের ঢেঁড়ির গরম জলে ফ্লানেল্ সিক্ত করিয়া আক্রান্ত অঙ্গে স্বেদ দিলে বেদনার উপশম হয়। রোগ সামান্য হইলেও রোগীকে সম্পূর্ণ বিশ্রাম করিতে দেওয়া যে কত দূর আবশ্যক তাহা বলা বাহুল্য। আক্রান্ত অঙ্গে কোন প্রকার চাপ না পড়ে। তজ্জন্য কোনরূপ ক্রেড্‌ল্ যন্ত্র অথবা কৌশল অবলম্বন করা কর্ত্তব্য। ঘন ঘন ব্লিষ্টার্ লাগাইলে কাহার কাহার মতে অব্যর্থ উপকার হয়, কিন্তু গ্লেফেয়ার্ বলেন যে ব্লিষ্টার্ দ্বারা যন্ত্রণার বৃদ্ধি ভিন্ন হ্রাস হয় না এবং তদ্দ্বারা নিঃসৃত রসের আচোষণ ক্রিয়ারও সাহায্য হয় না।

দৈহিক চিকিৎসা। রোগের তীব্রাবস্থায় রোগীর শারীরিক ভাবানুসারে দৈহিক চিকিৎসা করিতে হয়। সুপাচ্য ও পুষ্টিকর পথ্য প্রচুরপরিমাণে দেওয়া আবশ্যক। দুগ্ধ, বিফ-টি এবং মাংসের ক্বাথ এইরূপ পথ্যই অধিক দিতে হয়। দৌর্ব্বল্য অধিক থাকিলে অপবিমিতরূপে উত্তেজক ঔষধাদি দিলে উপকার হয়। যে সকল ঔষধির গুণে রক্তের অবস্থা ভাল হওয়া সম্ভব এবং রোগীর দেহে বল সংরক্ষিত হইবার আশা করা যায়, এমত ঔষধিদ্বারা উপকার হয়। জলমিশ্র হাইড্রোক্লোরিক্ এসিড্ সংযোগে ক্লোরেট্ অফ পটাশ্ ও কুইনিন্ অথবা তৎসহ সেস্ক্যুই-কার্বনেট্ অফ এমোনিয়া, টিং ফেরি পার্ক্লোরাইড্ প্রভৃতি ঔষধিদ্বারা উপকার হইবার অত্যন্ত সম্ভাবনা। জমাট রক্ত যাহাতে শীঘ্র আচোষিত হইতে পারে এই আশায় ক্ষার-ঔষধি দেওয়া বৃথা। যাহাতে বেদনার উপশম এবং সুনিদ্রা হয় তজ্জন্য ডোবার্স্ পাউডার্ সেবন অথবা ত্বকের নিম্নে মর্ফিয়া প্রয়োগ কিম্বা ক্লোর‍্যাল্ সেবন করানই বিধি। ত্বক ভেদ করিয়া মর্ফিয়া প্রয়োগের ন্যায় সচরাচর অন্য কোন ঔষধিতে অধিক উপকার হয় না।

স্থানিক চিকিৎসা। রোগের তীব্রলক্ষণ সকল তিরোহিত হইলে এবং দৈহিক উত্তাপের হ্রাস হইলে পোল্‌টিস্ ও ষ্টুপ্‌স্ প্রয়োগের আবশ্যক নাই। তৎপরিবর্ত্তে পদাঙ্গুলী হইতে ঊর্দ্ধদিকে একখণ্ড ফ্লানেল্‌দ্বারা ব্যাণ্ডেজ্ করিলে

ভাল হয়, কারণ ইহাদ্বারা আক্রান্ত অঙ্গের সর্ব্বত্র সমভাবে চাপ পড়ে বলিয়া নিঃসৃত রস আচোষিত হইবার সুবিধা হয় এবং স্ফীতিও অনেক কমে। আরও কিছুদিন পরে আয়োডিনের মলম অধিক সতেজ না করিয়া ধীরে ধীরে মালিশ করিয়া তাহার উপর ফ্লানেল্ বাঁধিয়া দিলে উপকার হয়। এইরূপে প্রত্যহ একবার করিয়া মালিশ করিতে হয়। আক্রান্ত-অঙ্গ টিপিয়া দেওয়া অথবা ঘর্ষণ করা কখন কর্ত্তব্য নহে। অনেকে মনে করেন যে, অঙ্গ টিপিয়া দিলে আচোষণ ক্রিয়াব সহায়তা করা হয়, ইহা প্রকাণ্ড ভ্রম। ইহাতে উপকার না হইয়া বরং জমাট রক্তের কিয়দংশ বিচ্ছিন্ন হইয়া অণুসমবরোধন উৎপন্ন করিবার আশঙ্কা আছে। এই আশঙ্কাটি নিতান্ত কাল্পনিক মনে করা উচিত নহে, ট্রুসো সাহেব ইহা নিম্নলিখিত ঘটনাদ্বারা প্রমাণ করিয়াছেন—"একজন যুবতীর জরায়ুর চতুষ্পার্শ্বস্থ উপাদানের ফ্লেগ্‌মন্ বা বস্তিকোষৌষ রোগ হওয়ায় তাহার বাম অঙ্গের ফ্লেগ্‌মেশিয়া ডোলেন্স্ রোগ হইয়াছিল। ইহার বেদনার নিবৃত্তি হইলে বাম উরুর ঊর্দ্ধ ও অন্তর দিকে একটি স্থূল শিরা অনুভূত হইত। মঃ ডিমার্কোয়ে এই শিরার উপর সবলে চাপ দিবামাত্র যেন কি ছিন্ন হইল অনুভব করিলেন। ইহার কয়েক মিনিট্ পরেই স্ত্রীলোকটির ভয়ানক হৃৎকম্প ও তাহার হৃৎপিণ্ডের ক্রিয়া গোলমেলে হইয়া ভয়ানক পাংশুবর্ণ উপস্থিত হইল, এবং সকলেই আসন্ন মৃত্যুর শঙ্কা করিতে লাগিল। কয়েক ঘণ্টা পরে সৌভাগ্যক্রমে তাহার যন্ত্রণার লাঘব হয় ও অবশেষে সে নিরাময় হয়। এস্থলে সম্ভবতঃ জমাট রক্তের কিয়দংশ বিযুক্ত হইয়া হৃৎপিণ্ডে নতুবা ফুসফুস্‌ধমনী মধ্যে আবদ্ধ হইয়াছিল।" ঊর্দ্ধ হইতে গরম জলের প্রপাত, সুবিধা হইলে লবণাক্ত গরমজল প্রপাত, রোগের শেষাবস্থায় প্রত্যহ দুইবার করিতে পারিলে অনেক উপকার হয়। জলপ্রপাত করিবাব পর পুনরায় যতক্ষণ উহা না করা যায়, ততক্ষণ, অঙ্গটি ফ্লানেল্‌দ্বারা বাঁধিয়া রাখা কর্ত্তব্য। কেহ কেহ বলেন যে মধ্যে মধ্যে বৈদ্যুতস্রোত দিতে পারিলে আচোষণ ক্রিয়ার সুবিধা হয়। ইহাদ্বারা উপকার হইবার অনেক সম্ভাবনা আছে বটে।

সম্পূর্ণ আরোগ্য হইয়া যখন রোগী চলনক্ষম হইবে তখন সমুদ্রতীরে বায়ু বায়ুপরিবর্ত্তন ইত্যাদি। পরিবর্ত্তন করিতে পারিলে বিশেষ উপকারের আশা করা যায়। অত্যন্ত সাবধানে রোগীকে চলিবার অনুজ্ঞা দেওয়া কর্ত্তব্য। অন্যথা ব্যস্ত

হইয়া শীঘ্র চলিতে বলিলে রোগ পুনরায় উপস্থিত হইবার আশঙ্কা আছে, সুতরাং রোগ সম্পূর্ণ অদৃশ্য না হইলে কখনই রোগীকে চলিতে অনুজ্ঞা দিতে নাই। রোগের স্থানিক চিহ্ন সম্পূর্ণ তিরোহিত হইতে যে অনেক সময় লাগে তাহা রোগীকে অথবা তাহার আত্মীয় স্বজনকে বিশেষ করিয়া বলিয়া দেওয়া কর্তব্য।

দশম পরিচ্ছেদ।

পেল্‌বিক্ সেলুলাইটিস্ ও পেল্‌বিক্ পেরিটোনাইটিস্
বা
বস্তিকোষৌয় এবং বস্তিপরিবেষ্টৌয়।

প্রসবের পর বস্তিদেশ মধ্যে এবং তাহার চতুষ্পার্শ্বে কখন কখন ভয়ানক প্রদাহ হইতে পারে ও তাহা সচরাচর পাকিয়া উঠিতে পারে। ইহা বহুকালাবধি জানা আছে বটে, কিন্তু তৎকালে ইহার নিদান সম্বন্ধে প্রকৃত জ্ঞান ছিল না। আজকাল এই সকল রোগের লক্ষণ ও নিদান স্থির করিবার জন্য অনেক গবেষণা করা হইয়াছে, সুতরাং ইহার প্রকৃত স্বরূপ বুঝা যাইতেছে। কিন্তু এই রোগের বিষয় আজিও আমাদের ভাল জ্ঞান হয় নাই। অতএব ধাত্রীচিকিৎসকগণের পক্ষে অবশ্য কর্ত্তব্য যে তাঁহারা এবিষয়ে অধিক অনুশীলন করেন। কারণ সূতিকাবস্থায় এই সকল রোগ হইতে যত গুরুতর ও দীর্ঘস্থায়ী পীড়ার উৎপত্তি হয় এরূপ অন্য কোন রোগ হইতে হয় না। এই সকল রোগের কারণ অজ্ঞাত এবং সহজেই ইহারা অলক্ষিত থাকিতে পারে, কিন্তু ইহারা স্থায়ী ক্ষতিও করিতে পারে।

(পার্শ্বটীকা: অতি প্রাচীনকাল হইতে এই দুইটি রোগ পরিচিত।)

এই দুই রোগ যে কেবল সূতিকাবস্থাতেই হয় এমত নহে, বরং কোন কোন গুরুতর স্থলে এমন দেখা গিয়াছে যে, গর্ভকাল ভিন্ন অন্য

(পার্শ্বটীকা: এই দুই রোগ যে)

কেবল সূতিকাবস্থা-তেই হয় এমত নহে।

সময়ে অন্য কারণে ইহারা উৎপন্ন হইয়াছে। অন্য অবস্থায় কিরূপে এই রোগদ্বয় উৎপন্ন হয় তাহা এখানে বলিবার আবশ্যক নাই, কেবল সূতিকাবস্থাতে ইহারা কিপ্রকারে হইয়া থাকে তাহাই বলা যাইতেছে।

আজকাল বিস্তর গবেষণাদ্বারা ইহা নিরূপিত হইয়াছে যে, প্রসবের পর প্রদাহজনিত দুইটি বিভিন্ন প্রকারের রোগ হইতে পারে। ইহাদের পরস্পর অনেক প্রভেদ আছে। এই উভয় রোগ মধ্যে একটিতে বস্তিগহ্বরস্থ জননেন্দ্রিয়ের চতুষ্পার্শ্বের যোজক-উপাদানে প্রদাহ হইয়া থাকে অথবা তথা হইতে প্রদাহ আরম্ভ হইয়া পেরিটোনিয়াম্‌এর নিম্ন দিয়া ইলিয়াক্ ফসা পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইতে পারে। পেরিটোনীয়ামের যে অংশ বস্তিগহ্বরস্থ অন্তঃকোষ্ঠ আবৃত করিয়া রাখে দ্বিতীয় রোগে সেই অংশের প্রদাহ হইয়া থাকে এবং উহা বিস্তৃত হয় না।

প্রদাহজনিত দুইটি বিভিন্ন পীড়া হইতে দেখা যায়।

এই দুই রোগ বিভিন্ন গ্রন্থকর্ত্তাগণ বিভিন্ন সংজ্ঞায় অভিহিত করেন বলিয়া ইহাদের বর্ণনা ও স্বরূপ নির্ণয় করিতে যে গোলযোগ ঘটে তাহা ধাত্রীবিদ্যাবিৎ পণ্ডিত মাত্রেই স্বীকার করেন। প্রথমোক্ত রোগটিরই যে কত বিভিন্ন নাম আছে তাহা পড়িলেই জানা যাইবে যথা—পেল্‌বিক্‌সেল্যুলাইটিস্ (বস্তি কোষোষ) পেরি-ইউটিরাইন্-ফ্লেগ্‌মন্ (জরায়ুর চতুষ্পার্শ্বস্থ উপাদান-প্রদাহ) প্যারামিট্রাইটিস্ কিম্বা পেল্‌বিক্ এব্‌সেস্ (বস্তিস্ফোটক)। শেষোক্ত রোগটিকে প্যারামিট্রাইটিসের বিপরীতার্থে পেরিমিট্রাইটিস্ বলা হয়। লাটিনভাষা হইতে "প্যারা" ও "পেরি" এই দুইটি উপসর্গ প্রথমে ভির্কৌ সাহেব গ্রহণ করেণ। ইহাদের একটির প্রয়োগে পেল্‌বিক্-সেল্যুলাইটিস্ বুঝাইবে এবং অপরটির প্রয়োগে পেরিটোনীয়াম্-প্রদাহ বুঝাইবে। এই প্রথা আজকাল জার্ম্মানিতে বহুপ্রচারিত হইয়াছে এবং ইংলণ্ডেও ম্যাথিউজ্ ডান্‌ক্যান্ সাহেব ইহার পৃষ্ঠপোষকতা করিয়াছেন। এই দুইটি নামের শব্দ একই প্রকার বলিয়া অনায়াসে ভ্রমক্রমে একটির স্থলে অপরটির প্রয়োগ হইতে পারে, তজ্জন্যই ইংলণ্ডের সকল ধাত্রীবিদ্যাবিৎ এই দুই শব্দ অনুমোদন করেন নাই এবং সেই জন্যই ডাং প্লেফেয়ার একটির নাম পেল্‌বিক্-সেল্যুলাইটিস ও অপরটির পেল্‌বিক্-পেরিটোনাইটিস

রোগের বিবিধ সংজ্ঞা অবলম্বিত হইয়াছে।

রাখিয়াছেন। এই দুইটি সংজ্ঞাদ্বারা কি প্রকার উপাদান রোগাক্রান্ত হয় তাহা বুঝা যায়।

এই দুই রোগের প্রভেদজ্ঞান থাকা আবশ্যক।

প্রদাহজনিত এই দুইরোগের গতি, লক্ষণ ও পরিণামগত সৌসাদৃশ্য থাকিলেও এবং ইহারা সচরাচর একত্র উৎপন্ন হইলেও, ইহারা দুইটি সম্পূর্ণ বিভিন্ন রোগ, স্মরণ রাখা নিতান্ত কর্ত্তব্য। ইহাদের নিদান বিভিন্ন প্রকার এবং ইহাদের পরস্পরকে প্রভেদ করা যাইতে পারে। টমাস্ সাহেব এই দুই রোগকে যেপ্রকার তুলনা করিয়াছেন, তাহা জানা থাকিলে ইহাদের মধ্যে কিরূপ প্রভেদ স্মরণ, থাকিতে পারে। তিনি বলেন যে ইহারা ফুসফুস্-প্রদাহ (নিউমোনিয়া) ও ফুস্ফুস্-আবরক-ঝিল্লী-প্রদাহ (প্লুরিসি) এই দুই রোগের অনুরূপ। এই দুই রোগের ন্যায় উহারাও পরস্পর বিভিন্ন ও বিভিন্ন উপাদান আক্রমণ করে এবং একত্রই উৎপন্ন হইতে পারে। অতএব সূতিকাবস্থা ভিন্ন অন্যকালে পেল্‌বিক্-সেল্যুলাইটিস্ ও পেল্‌বিক্-পেরিটোনাইটিস্ রোগ হইলে অনেক গ্রন্থকার যেমন উহাদিগকে দুইটি বিভিন্ন রোগ বলিয়া বিভিন্ন অধ্যায়ে বর্ণনা করেন সেইরূপ করাই কর্ত্তব্য। সূতিকাবস্থা ভিন্ন অন্যকালে ইহাদিগকে প্রভেদ করা যেমন সহজ, সূতিকাবস্থায় তত সহজ নহে। এই জন্য এবং বাহুল্য ভয়ে উক্ত দুই রোগ একত্র বর্ণিত হইবে, তবে উহাদের প্রত্যেকের বিশেষ লক্ষণ ক্রমশই প্রকাশিত হইবে।

রোগের স্থান।

এই শ্রেণীর রোগ যখন চিকিৎসকদিগের নিকট পরিচিত হয় তখন এই বিশ্বাস ছিল যে, কেবল বস্তিদেশের কৌষিক উপাদানেরই প্রদাহ হইয়া থাকে। এই মতটি নোনাট, সিম্‌সন্ প্রভৃতি আধুনিক লেখকগণও অনুমোদন করিতেন। বার্ন্‌্যটিজ্ সাহেব সর্ব্বপ্রথমে ইহার ভ্রম প্রদর্শন করাইয়া বলেন যে পেরিটোনিয়ামের স্থানিক প্রদাহ জন্যই এই শ্রেণীর রোগ উৎপন্ন হয় এবং অনেক স্থলে যাহাকে কৌষিক-উপাদান-প্রদাহ বলা হইত বস্তুতঃ তাহা পেরিটোনিয়াম্-প্রদাহ মাত্র। বার্ন্‌্যটিজ্ সাহেবের এই মতটি যে তৎকালের পক্ষে অনেক উন্নত তাহাতে আর সন্দেহ নাই, কিন্তু আক্ষেপের বিষয় এই যে বার্ন্‌্যটিজ্ সাহেব নিজের মত বজায় করিবার জন্য কৌষিক-উপাদান-প্রদাহ একেবারে অস্বীকার করেন এবং এই রোগটি যথার্থ নিঃসন্দেহ

উপস্থিত হইয়াছে তথায়ও তাঁহার বিশ্বাস ছিল যে বস্তুতঃ পেরিটোনীয়াম্-প্রদাহই হইয়াছে।

রোগের কারণ।

সন্তানপ্রসবের সঙ্গে এই শ্রেণীর রোগের যে ঘনিষ্ঠ সম্বন্ধ আছে তাহা বহুকালাবধি জানা আছে। কার্টি সাহেব বলেন যে এই শ্রেণীর রোগসংখ্যা যত হয় তাহার প্রায় ৩/৪ অংশ প্রসব গর্ভপাতের সংস্রবেই হইয়া থাকে। ডাং ডান্‌ক্যান্‌ও বলেন যে ৪০ টি ঘটনার মধ্যে ২৫ জনের সূতিকাবস্থায় এই প্রকার রোগ হইয়াছিল।

প্রদাহটি কখনই স্বতঃ উৎপন্ন হয় না, ইহা গৌণ ফল মাত্র।

আজকাল অধিকাংশ গ্রন্থকারই স্বীকার করেন যে জরায়ু কি ফ্যালোপীয়ান্ নলী কিম্বা অণ্ডাধারে প্রদাহ হইলে সেই প্রদাহ হইয়া এই দুই প্রকার রোগ উৎপন্ন করে। এই বিষয়টি ডান্‌ক্যান্ সাহেব বিশেষরূপে প্রতিপন্ন করিবার চেষ্টা করেন। তিনি বলেন যে এই দুই রোগ কখনই স্বতঃ উৎপন্ন হয় না। বাহ্য আঘাতের ফলে, অথবা বস্তিগহ্বরস্থ অন্তঃকোষ্ঠের প্রদাহ বিস্তৃত হইয়া, অথবা ফ্যালোপিয়ান্ নলী কি অণ্ডাধারের দুষ্য স্রাবের উত্তেজনায় এই দুই প্রকার রোগ উৎপন্ন হইতে পারে।

এই দুই রোগ পূতিজ্বরের সহিত ঘনিষ্ঠ সম্বন্ধ যুক্ত।

এই দুই রোগের স্বাভাবিক ইতিবৃত্ত মধ্যে পূতিজ্বরের সহিত ইহাদের ঘনিষ্ঠ সম্বন্ধ একটি প্রধান বিষয়। বার্কার্ সাহেব ইহার দৃষ্টান্ত স্বরূপ একটি অদ্ভুত ঘটনার উল্লেখ করিয়াছেন। তিনি বলেন যে নিউইয়র্ক্ নগরের বেল্‌ভু হাঁস্‌পাতালে যখন সূতিকাজ্বরের অত্যন্ত প্রাদুর্ভাব হয়, তখন তথায় সচরাচর পেল্‌ভিক্-পেরিটোনাইটিস্ ও পেল্‌ভিক্-সেল্যুলাইটিস্ রোগদ্বয় দেখা গিয়া থাকে। অল্‌স্‌হোশেন্ সাহেব বলেন যে হল্ নগরের সূতিকা-চিকিৎসালয়ে শরতের বন্ধোপলক্ষে যখন চিকিৎসকগণ অনুপস্থিত থাকেন, তখন এই রোগ দেখা যায় না। কারণ তখন আর পচনশীল পদার্থ চিকিৎসকগণকর্ত্তৃক রোগীদেহে প্রবিষ্ট হইবার সম্ভাবনা থাকে না। পচনশীল পদার্থ আচোষিত হইলে স্থানিক লক্ষণরূপে যেমন জরায়ুর অভ্যন্তরাবরক ঝিল্লী-প্রদাহ, যোনির শ্লৈষ্মিক ঝিল্লী-প্রদাহ এবং বাস্তিদেশের যোজক উপাদানের প্রদাহ হইতে সচরাচর দেখা যায়, সেইরূপ এই উভয় শ্রেণীর সহিত ইহার সম্বন্ধ অনায়াসে বুঝা যাইতে পারে।

পচনশীল পদার্থোৎপন্ন রোগের সহিত এই দুই শ্রেণীর রোগের এরূপ নিকট সম্বন্ধ যে শ্রোডার্ সাহেব সূতিকাজ্বর অধ্যায়েই এই দুই রোগের বর্ণনা করিয়াছেন। কিন্তু শ্রোডার্ সাহেবের এই মতটি কতদূর যুক্তিসঙ্গত তাহা বলা যায় না, কারণ এই দুই রোগ সূতিকাজ্বরের উপর নির্ভর করে না। যদিও অধিকাংশ স্থলে সূতিকাজ্বরের সহিত ইহাদিগকে উৎপন্ন হইতে দেখা গিয়াছে, তথাপি এমন অনেক রোগীও দেখা গিয়াছে যাহাদের রোগ পচনশীল পদার্থ আচোষণজনিত প্রদাহ হইতে উৎপন্ন হয় নাই। যথা—প্রসবের অল্পকাল পরেই সমধিক পরিশ্রম, অকালে পুরুষসঙ্গম ইত্যাদি। সূতিকাবস্থায় যাহাদের এই দুই রোগের প্রবর্ত্তক কারণ উপস্থিত থাকে, তাহাদের কোন বাহ্য কারণের উত্তেজনায় রোগ প্রকাশ পাইতে পারে সন্দেহ নাই, কিন্তু তাহা বলিয়া তাহাকে সূতিকাজ্বর শ্রেণীভূক্ত করা যায় না।

বস্তিগহ্বরমধ্যে যেসকল অন্তঃকোষ্ঠ থাকে তাহাদের চতুষ্পার্শ্বে প্রচুর পরিমাণে যে এরিওলার্ (জালবৎ) উপাদান থাকে তাহাতে প্রদাহ হইতে পারে। প্রকৃত বস্তিগহ্বরমধ্যে যেসকল অন্তঃকোষ্ঠ থাকে তাহাদের পরস্পর মধ্যবর্ত্তী স্থানে এই এরিওলার্ বা জালবৎ উপাদান আলগা ভাবে নিবদ্ধ থাকে এবং উহা যোনি, সরলান্ত্র এবং মূত্রাশয়ের চতুর্দ্দিক বেষ্টন করিয়া থাকে। প্রশস্ত-বন্ধনীর স্তরের মধ্যেও ইহা প্রচুর পরিমাণে দেখা যায়। এই সকল স্থান হইতে উহা উর্দ্ধদিকে ইলিয়াক্ ফসা এবং উদরপ্রাচীরের ভিতর দিকে যায়। যে প্রদাহের বিষয় বলা যাইতেছে তাহা এই কয়েকটির মধ্যে যে কোন স্থানে হইতে পারে। অন্যত্র এরিওলার্ উপাদানের প্রদাহ হইলে যেরূপ হয় এই প্রদাহও সেইরূপ হইয়া থাকে। প্রথমতঃ প্রদাহজনিত তীব্র শোথ হইয়া থাকে, তৎপরে যোজক উপাদানের জালমধ্যে এক্জুডেশন্ বা রস ও স্রাব পদার্থ নিঃসরণ হয় এবং তজ্জন্য স্পষ্ট স্ফীতি অনুভূত হয়। এই সকল স্ফীতি বস্তিদেশের যে কোন স্থানে হইতে পারে। প্রশস্ত-বন্ধনীর স্তরমধ্যে সচরাচর এই সকল স্ফীতি দেখা যায়। অনুভব করিলে উহাদিগকে স্পষ্ট কঠিন অর্ব্বুদ বলিয়া বোধ হয় এবং জরায়ু হইতে বস্তিপ্রাচীর পর্য্যন্ত বিস্তৃত বলিয়া বোধ হয়। বাহ্যিক ও আভ্যন্তরিক উভয়বিধ পরীক্ষাদ্বারা উহাদের গোলাকার অনুভব করা যায়। কৌষিক

পেল্‌ভিক্ সেল্যুলাইটিস্

রোগে প্রদাহের স্থান।

উপাদানের প্রদাহ অল্পস্থান ব্যাপ্ত হইলে জরায়ুর কেবল একপার্শ্বে ঐরূপ স্ফীতি হইয়া থাকে। ইহা গোলাকার এবং কোথাও ছোট কোথাও বড় হইয়া জরায়ুতে সংযুক্ত থাকে। কখন কখন প্রদাহজনিত পদার্থ এত অধিক হয় যে সমগ্র জরায়ুকে অথবা তাহার এক অংশকে আবৃত করিয়া যোনি ও সরলান্ত্র অথবা জরায়ু ও মুত্রাশয়ের মধ্যস্থ কৌষিক-উপাদানে বিস্তৃত হইয়া পড়ে। এই প্রকার হইলে নিঃসৃত কঠিন পদার্থ মধ্যে, জরায়ু দৃঢ়বদ্ধ থাকে। আবার কখন কখন ইলিয়াক্ ফসিস্থিত মাংসপেশীগণের আবরকস্বরূপ যে কৌষিক-উপাদান থাকে কেবল তাহারই প্রদাহ হইতে দেখা যায়। এস্থলে প্রদাহ জনিত একটি বড় পদার্থ সংস্পর্শনদ্বারা অনুভূত হয়, কিন্তু যোনি পরীক্ষা করিলে নিঃসৃত পদার্থের কোন চিহ্নই পাওয়া যায় না অথবা যেদিক স্ফীত হইয়াছে যোনিপ্রণালীর ঊর্দ্ধে সেই দিকে কেবল একটু স্থূলতা অনুভূত হয়।

পেল্‌ভিক্ পেরিটোনাইটিস্ রোগে পেরিটোনীয়ামের যে অংশ বস্তিগহ্বরস্থ অন্তঃকোষ্ঠ আবৃত রাখে, সেই অংশের প্রদাহ হয়। রোগের গুরুত্ব কি স্থিতিকাল অনুসারে প্রদাহ অধিক কি অদূর ব্যাপ্ত হয়। কোন কোন স্থলে প্রদাহ, উত্তেজনা অবস্থা পর্য্যন্ত বাড়িয়া থামিয়া যায়। কিন্তু সচরাচর উহা প্লাষ্টিক্ পদার্থ-নিঃসরণ অবস্থা পর্য্যন্ত পৌঁছিতে দেখা যায়। ইহার পরিণাম এই যে জরায়ু সম্পূর্ণরূপে আবদ্ধ হইয়া যায় এবং যোনিপ্রণালীর ঊর্দ্ধদেশ কঠিন ও স্ফীত হয়। প্রদাহজনিত যে রস নিঃসৃত হয় তাহা নিকটবর্ত্তী অন্তঃকোষ্ঠ সকলকে পরস্পর সংযুক্ত করিয়া ফেলে; সুতরাং পূর্ব্বোক্ত রোগের ন্যায় ইহাতেও স্ফীতি উৎপন্ন হয়। এই দুই রোগের স্ফীতি প্রভেদ করা বড় কঠিন। মৃতদেহ পরীক্ষা করিলে জানা যায় যে বস্তিগহ্বরের অন্তঃকোষ্ঠ সকল অনেকদূর পর্য্যন্ত পরস্পর সংযুক্ত হইয়াছে। ইহার মধ্যে অন্ত্রের কোন অংশ আবদ্ধ হইলে বড় অর্ব্বুদের ন্যায় স্ফীতি দেখা গিয়া থাকে।

পেল্‌ভিক্ পেরিটো-নাইটিস্ রোগে প্রদাহের স্থান।

সূতিকাবস্থায় এই দুই ব্যাধির মধ্যে কোন্‌টি অধিক ঘটে তাহা নির্ণয় করা সহজ নহে, অন্যকালে পেরিটোনীয়াম্‌প্রদাহই অধিক ঘটে, কিন্তু সূতিকাবস্থায় এই দুই রোগ প্রায় একত্রই

এই দুই রোগের আপেক্ষিক ঘটনা।

উপস্থিত হয়। এই কালে পেল্‌বিক্ সেল্যুলাইটিস্ হইলে অত্যাধিক পেল্‌বিক্-পেরিটোনাইটিস্ হইবে।

শীত ও কম্প হইয়া উদরের তলদেশে বেদনানুভবই প্রথম লক্ষণ। বেদনার আতিশয্য বিভিন্ন প্রকার হইয়া থাকে। কখন কখন ইহা অপেক্ষাকৃত অল্প হয়, এমন কি কোন কোন রোগীর পীড়িতস্থানে প্রদাহজনিত পদার্থ অত্যন্ত অধিক নিঃসৃত হইলেও তাহার উদরের তলদেশে সামান্য ভার-বোধ ও ঈষৎ যন্ত্রণা মাত্র অনুভূত হয়। আবার বেদনা অত্যন্ত অধিক হইতেও দেখা যায়। এই স্থলে বেদনা থাকিয়া থাকিয়া বৃদ্ধি পায় এবং রোগী কয়েক ঘণ্টাকাল স্বচ্ছন্দ থাকিয়া আবার বেদনায় অভিভূত হইয়া পড়ে। গ্রোভার্ বলেন যে বেদনা কেবল পেরিটোনিয়াম্-প্রদাহেরই লক্ষণ, সুতরাং অমিশ্র কৌষিক-উপাদান-প্রদাহে উহা উপস্থিত থাকে না। কৌষিক-উপাদান-প্রদাহে যে স্ফীতি হয় তাহা কখন কখন সম্পূর্ণ বেদনাশূন্য হইয়া থাকে। ডাং প্লেফেয়ার্ একজন রোগী দেখিয়াছেন তাহার ইলিয়াক্ ফসিতে প্রদাহজনিত পদার্থ অধিক পরিমাণে নিঃসৃত হইলেও কিছুমাত্র বেদনা ছিল না, এমন কি সেই স্থানের উপর চাপ দেওয়ায় তাহার কোন কষ্ট হয় নাই। আবার কখন কখন বেদনা এত তীব্র হয় যে সামান্য স্পর্শমাত্রই রোগী শিহরিয়া উঠে। কিন্তু এরূপ বেদনাধিক্য সূতিকাবস্থা ভিন্ন অন্যকালে এই রোগ হইলে সচরাচর দেখা যায়। নাড়ীর বেগবৃদ্ধি হয় এবং প্রতি মিনিটে উহার স্পন্দন ১০০।১২০ পর্য্যন্ত হয়। থার্ম-মিটার্ দ্বারা জ্বর আছে জানিতে পারা যায়। রোগ যতদিন থাকে ততদিন এই দুই লক্ষণ বর্ত্তমান থাকে। দৈহিক উত্তাপ প্রায়ই অধিক হইয়া থাকে, সচরাচর উহা ১০০।১০৪ রেখা পর্য্যন্ত উঠে। তবে মধ্যে মধ্যে কমিতেও প্রায় দেখা যায়। কখন কখন দৈহিক উত্তাপ বৃদ্ধি না হইবার কথাও শুনা যায়, এমন কি স্বাভাবিক অপেক্ষায় হ্রাস হইয়া থাকে, তবে এরূপ ঘটনা অতি বিরল। স্থানিক ও দৈহিক উত্তেজনা'র অন্যান্য লক্ষণও বর্ত্তমান থাকে। এই সকলের মধ্যে বমনোদ্রেক ও বমন এবং চিন্তাযুক্ত ও ক্লিষ্ট আকার এই কয়টি লক্ষণ দেখিতে পাওয়া যায় এবং পেরিটোনিয়াম্-প্রদাহ থাকিলে ইহারা অত্যন্ত স্পষ্ট প্রকাশ পায়। স্থানিক-প্রদাহ জন্য মূত্রকৃচ্ছ্র (ডাইস্যুরীয়া) ও মলদ্বার

লক্ষণ।

বেদনা সম্ভবতঃ পরি-বেষ্ট প্রদাহের লক্ষণ।

টনৃটনানি এই দুই লক্ষণও উপস্থিত হয়। যোনিপ্রণালী ও মলদ্বার এই উভয়ের মধ্যে প্রদাহজনিত পদার্থ নিঃস্থত হইলে মলদ্বারের উপর চাপ পড়ে। এই জন্যই মল তরল না হইলে কোষ্ঠ পরিষ্কারের সময় অত্যন্ত যন্ত্রণা হয়।

লক্ষণগুলি প্রকাশের সময় সচরাচর অলক্ষিত ভাবে প্রকাশিত হয়।

এই সকল লক্ষণ প্রসবের অল্পদিন পরেই প্রকাশ পাইলে রোগ নির্ণয় করা কঠিন হয় না। কিন্তু যখন ইহারা প্রসবের কয়েক সপ্তাহ পরে প্রকাশ পায়, তখন প্রায়ই অলক্ষিতভাবে আইসে, সুতরাং উপেক্ষিত হইবার সম্ভাবনা। প্রসবের ছয় সপ্তাহ অথবা আরও পরে এই রোগ হইতে দেখা বিরল ঘটনা নহে। এরূপস্থলে রোগী কেবল অস্বচ্ছন্দ বোধ ভিন্ন অন্য কোন প্রকার যন্ত্রণা পায় না, কিন্তু পরীক্ষা করিলে জানা যায় যে, তাহার পীড়িত স্থানে প্রচুর পরিমাণে প্রদাহজনিত পদার্থ নিঃস্থত হইয়া রহিয়াছে, অথচ পূর্ব্বে কিছুই জানা যায় নাই।

ভৌতিক পরীক্ষার ফল।

যোনিমধ্যে অঙ্গুলি প্রবেশ করাইলে উহা উত্তপ্ত ও স্ফীত বলিয়া বোধ হয় এবং কাহার কাহার স্পষ্ট শোথযুক্ত বলিয়া অনুমিত হয়। যোনিপ্রণালীর ক্যুল্ ডি-স্যাক্ অর্থাৎ স্থালী পর্য্যন্ত অঙ্গুলি গেলে প্রদাহজনিত পদার্থ যে নিঃস্থত হইয়াছে তাহা জানা যায়। এই পদার্থের পরিমাণ অনেক প্রকার হয়। কখন কখন বিশেষতঃ রোগের তরুণাবস্থায় জরায়ুর উভয় পার্শ্বে ও পশ্চাতে কেবল কিয়দ্দূর বিস্তৃত সামান্য স্থূলত্ব ও কঠিনত্ব অনুভূত হয়। কিন্তু সচরাচর বাহ্যিক ও আভ্যন্তরিক উভয়বিধ পরীক্ষাদ্বারা একটি স্পষ্ট কঠিন স্ফীতি, এমন কি একটি বড় অর্ব্বুদের আকারে বোধ করা যায়। এই অর্ব্বুদটি বোধ হয় যেন জরায়ুর উভয় পার্শ্বে সংযুক্ত হইয়া বস্তিগহ্বরের প্রবেশদ্বারের উর্দ্ধে অথবা এমন কি বস্তিপ্রাচীর পর্য্যন্ত বিস্তৃত হইয়াছে। উভয়হস্তদ্বারা সাবধানে রীতিমত পরীক্ষা করা কর্ত্তব্য। যাহাতে সমগ্র জরায়ু ও তাহার সম্মুখ ও পশ্চাৎদিক এবং উভয় পার্শ্ব ও ইলিয়াক্ ফসাদ্বয় ভাল করিয়া পরীক্ষা করা যায় তাহা করা আবশ্যক। এরূপে পরীক্ষা না করিলে প্রদাহজনিত নিঃস্থত পদার্থ সমস্ত জানা যাইবে না। নিঃস্থতপদার্থ অধিক হইলে জরায়ু অল্পাধিক সংযুক্ত থাকিয়া যায়, এইটি একটি বিশেষ লক্ষণ। যে অঙ্গুলিদ্বারা পরীক্ষা করা যায় তদ্দ্বারা গর্ভকে এদিক ওদিক নাড়িতে না পারিয়া উহাকে নিঃস্থত পদার্থদ্বারা দৃঢ়সংযুক্ত বোধ

জরায়ু প্রায়ই দৃঢ়সংযুক্ত

ও স্থানচ্যুত হয়। হয়। রোগ কঠিন হইলে নিঃসৃত পদার্থদ্বারা জরায়ু সম্পূর্ণ আবৃত থাকে। স্বস্থান হইতে জরায়ু অল্পাধিক চ্যুত হইয়া থাকে। বস্তিগহ্বরের এক পার্শ্বে স্ফীতি থাকিলে অথবা "ডাগ্‌লাসের স্থানে" থাকিলে জরায়ু বিপরীত দিকে ঝুঁকিয়া পড়ে, কাজেই উহা আর মধ্যস্থলে স্বস্থানে থাকে না।

বস্তিকোষৌষ ও বস্তিপরিবেষ্টেীয় এই দুই রোগের প্রভেদসূচক নির্ণয় সকল সময়ে করা যায় না অর্থাৎ এই দুই রোগ এক সময়ে ও একত্র প্রায় উপস্থিত থাকায় পরস্পরকে চিনিয়া লওয়া সুকঠিন এবং অনেক সময়ে অসম্ভব হইয়া পড়ে। তথাপি এই দুই রোগের প্রভেদসূচক লক্ষণ এই যে, শেষোক্ত রোগে সমগ্র দেহ অধিক উদ্‌ব্যস্ত হয়, বমনোদ্রেকও অধিক হয় এবং প্রসবের পর অল্পকাল মধ্যেই লক্ষণ সকল প্রকাশ পাইতে থাকে। এই রোগে যে স্ফীতি হয় তাহা অধিক যন্ত্রণাদায়ক এবং প্রথমোক্ত রোগের স্ফীতির ন্যায় তত স্পষ্ট আকার-বিশিষ্ট নহে। ইলিয়াক্ ফসার কৌষিক উপাদানের প্রদাহ হইলে নির্ণয় করা অবশ্যই সহজ। কারণ রোগী আক্রান্ত দিকের ঊরু সর্ব্বদাই গুটাইয়া রাখে। এই লক্ষণটি রোগীর ইচ্ছা অতিক্রম করিয়াও প্রকাশ পায় এবং যাহাতে ইলিয়াক্ ফসার মাংসপেশী সম্পূর্ণ বিশ্রাম পায় তাহাই ইহার উদ্দেশ্য। কেবল বস্তিগহ্বরমধ্যে প্রদাহ নিবদ্ধ থাকিলে এই রোগ প্রভেদ করা বড় কঠিন হয়।

এই দুই প্রকার রোগ প্রায় পরস্পর বিভেদ করা যায় না।

পরিণামে এই দুই রোগ হয় পাকিয়া উঠে না হয় সারিয়া যায়। প্রথম রোগটিতে তীব্র লক্ষণ সকল কয়েক দিন হইতে কয়েক সপ্তাহ পর্য্যন্ত অল্পাধিক কাল থাকিয়া ক্রমশঃ নরম পড়িতে থাকে। স্ফীতিগুলি সঙ্কুচিত হয় এবং যন্ত্রণারও লাঘব হয়। ক্রমশঃ কঠিন হইয়া ধীরে ধীরে আচোষিত হয়। অবশেষে জরায়ুর সংযোগও বিচ্ছিন্ন হইয়া যায় এবং উহা পুনরায় স্বস্থানে বস্তিগহ্বরের মধ্যস্থলে আইসে। কিন্তু এইগুলি ঘটিতে অনেক সময় লাগে। কখন কখন এমন রোগীও দেখা যায় যে রোগ হইবার কয়েক মাস পরে যখন তীব্র লক্ষণ সকল একেবারে অদৃশ্য হইয়া যায় এবং রোগী উঠিয়া হাঁটিয়া বেড়াইতে পারে তখনও তাহার জরায়ু প্রদাহজনিত পদার্থদ্বারা, সমগ্র না হউক অন্ততঃ কিয়দংশ, সংযুক্ত থাকে। জরায়ুর অল্পাধিক

পরিণাম।

স্থায়ী সংযোগে সচরাচর থাকিয়া যাইতে দেখা যায়। এরূপ হইলে অত্যন্ত অস্পষ্ট লক্ষণ থাকিয়া যায় এবং তাহার যথার্থ কারণও নির্ণীত হয় না।

প্রদাহ পরিণামে পাকিয়া উঠিলে জ্বর থাকিয়া যায় এবং অবশেষে হেক্‌টিক্ বা প্রদাহ জ্বর উপস্থিত হয়। দৈহিক উত্তাপ প্রত্যহ রাত্রিতে বৃদ্ধি হয়। সেই সঙ্গে কম্প, অক্ষুধা, মুখ একপ্রকার হরিদ্রাবর্ণ এবং পূয জন্মিবার অন্যান্য লক্ষণ প্রকাশ পায়। রোগের এই পরিণামের সংখ্যা বিভিন্ন গ্রন্থকার বিভিন্নপ্রকার বলেন। ডানক্যান্ সাহেব বলেন যে সিম্‌সন্ সাহেবের গণনানুসারে বস্তিকোষোষের প্রায় অর্দ্ধেক সংখ্যার এই পরিণাম হয়, কিন্তু ডানক্যান্ সাহেবের নিজের বিশ্বাস যে ইহা আরও অধিক সংখ্যায় ঘটে। প্রসবান্তে অথবা গর্ভপাতের পর ৪৩টি ঘটনার মধ্যেও ওয়েষ্ট্ সাহেব ২৩ টিতে এই পরিণাম হইতে দেখিয়াছেন এবং ম্যাক্লিন্‌টক্ সাহেব ৭০ টির মধ্যে ৩৭ টিতে দেখিয়াছেন। গ্রোভার্ বলেন যে তিনি ৯২ ঘটনাতে প্রদাহ-জনিত পদার্থ নিঃসৃত হইবার স্পষ্ট প্রমাণ পাইয়াও কেবল একজনের পরিণামে পাকিতে দেখিয়াছেন। এই মতটি নিশ্চয়ই সাধারণ ভূয়োদর্শনের বিরুদ্ধে। বার্কার্ সাহেবও বলেন যে পেল্‌বিক্-সেল্যুলাইটিস্ ও পেল্‌বিক্-পেরিটোনা-ইটিস্ রোগদ্বয় পরিণামে পাকিয় উঠিতে তিনি অতি অল্পই দেখিয়াছেন, তবে সপূযজ্বর অথবা সূতিকাজ্বর সংক্রান্ত হইলে অবশ্যই পাকিয়া থাকে।"

পেল্‌বিক্ পেরিটোনাইটিস্ রোগাপেক্ষা পেল্‌বিক্ সেল্যুলাইটিস্ রোগে পাকিবার অধিক সম্ভাবনা সন্দেহ নাই এবং এই দুই রোগ অন্তত ইংলণ্ডে অপেক্ষাকৃত অধিক হয়, সুতরাং উক্ত দুই সাহেবের ঘটনাসংখ্যা ইংলণ্ড সম্বন্ধে খাটে না।

পূয বিবিধ পথ দিয়া নির্গত হইতে পারে। পেল্‌বিক্ সেল্যুলাইটিস্ রোগে বিশেষতঃ যথায় ইলিয়াক্ ফসিদ্বয়ের এরিওলার্ বা জাল-বৎ উপাদান পাকিয়া উঠে, তথায় সচরাচর উদরপ্রাচীর দিয়া পূয নির্গত হয়। পূয অন্যান্য পথ দিয়াও নির্গত হইতে পারে। পূয কৌষিক উপাদানের মধ্য দিয়া গিয়া মলদ্বারের অথবা যোনিদ্বারের নিকট নির্গমোন্মুখ হইতে পারে, অথবা আরও বক্রভাবে গিয়া উরুর ভিতর দিকে নির্গমোন্মুখ হইতে পারে। বস্তিস্ফোটক সরলান্ত্র অথবা মূত্রাশয়ের মধ্যে ফাটিয়া যাইতে

পাকিয়া উঠিবার লক্ষণ।

পূয নির্গত হইবার পথ।

পারে। এরূপ হইলে ভয়ানক মূত্রকৃচ্ছ্র অথবা মলদ্বার টনটনানি উপস্থিত হয়। হার্ভিউ সাহেব বলেন যে কেবল পেরিটোনীয়াম্-প্রদাহেই এই প্রকার পথ দিয়া পূয নির্গত হয়। একাধিক মুখ হইয়া পূয নির্গত হওয়া বিরল ঘটনা নহে। পূয কিয়দ্দূর অবধি উপাদানমধ্যে প্রবেশ করিলে ফিস্চুলা অর্থাৎ শোষ হইয়া থাকে। এই শোষ হইতে পূয বহুকাল পর্য্যন্ত নির্গত হইতে থাকে এবং ইহা সহজে আরোগ্য হয় না। পেরিটোনীয়াম্-প্রদাহ হইয়া যে স্ফোটক হয় তাহা পেরিটোনীয়াম্-গহ্বরে ফাটিয়া গেলে সাংঘাতিক পেরিটোনীয়াম্-প্রদাহ হইয়া মৃত্যু হয়। কিন্তু সৌভাগ্যক্রমে এরূপ ঘটনা অতি বিরল। ডাং প্লেফেয়ার সাহেব অবষ্টেট্রীক্ ট্রান্‌জ্যাকশন্‌স্, নামক মাসিক পত্রের পঞ্চদশ খণ্ডে একটি ঘটনা বিবৃত করিয়াছেন ইহার বস্তিদেশ পাকিয়া অবশেষে তাহার অস্থিপর্য্যন্ত ধ্বংস (নিক্রোসিস্) হইতে আরম্ভ করিয়াছিল। টসো সাহেব তাঁহার "ক্লিনিক্যাল্ মেডিসিন্" নামক পুস্তকে এরূপ আরও দুইটি ঘটনার উল্লেখ করিয়াছেন। কিন্তু আর কুত্রাপি এই প্রকার বিরল ঘটনার উল্লেখ নাই। ডাং প্লেফেয়ার বলেন যে সম্ভবত পূতিপদার্থের সংস্রবে এই উপসর্গ হয়, কেবল প্রদাহব্যাপ্তি হইতে উৎপন্ন হয় না।

ভাবী ফল। এই রোগদ্বয় পরিণামে আরাম হয় বটে, কিন্তু ইহাদের জন্য বহুকালাবধি রুগ্ন অবস্থায় থাকিতে হয় বলিয়া রোগীর বলক্ষয় হয়। পাকিয়া উঠিলে এই ফল হইবার অধিক সম্ভাবনা। এই জন্য রোগের ভাবীফল সম্বন্ধে মতামত ব্যক্ত করিবার সময় বিশেষ সাবধান হওয়া আবশ্যক। ইহাদের গৌণ ফল অশুভ হওয়া বিরল ঘটনা নহে, কারণ নিঃসৃত পদার্থে পরিবর্ত্তন হইয়া জরায়ু স্থায়ীরূপে সংযুক্ত হইতে পারে অথবা উহা স্বস্থান হইতে চ্যুত হইতে পারে, কিম্বা অণ্ডাধার কি ফ্যালোপিয়ান্ প্রণালীর উপাদান-সংক্রান্ত পরিবর্ত্তন হইতে পারে।

চিকিৎসা। এই দুই রোগের চিকিৎসার প্রধান উদ্দেশ্য বেদনা নিবারণ করা এবং সর্ব্বপ্রকার শ্রম হইতে একেবারে বিরত রাখা। এই উদ্দেশেই সমস্ত ঔষধ প্রয়োগ করা কর্ত্তব্য। কারণ ঔষধের দ্বারা প্রদাহ কমাইবার চেষ্টা করা বৃথা।

রোগ অত্যন্ত তরুণাবস্থায় ধরা পড়িলে জুঁচকি অথবা হিমদ্রইভান্ শিরায়

স্থানিক রক্তমোক্ষণ। জোঁক লাগাইয়া স্থানিক রক্তমোক্ষণ করিতে পারিলে উপকার হইবার সম্ভাবনা। কিন্তু ইহার উপকারিতা সম্বন্ধে অত্যুক্তি করা হইয়াছে; কারণ রোগ কিছু দিন স্থায়ী হইলে ইহাদ্বারা কোন লাভ হয় না। জরায়ুতে জোঁক লাগাইতে অনেকে পরামর্শ দেন, কিন্তু ডাং প্লেফেয়ার বলেন যে ইহাদ্বারা অপকার ভিন্ন উপকার হয় না। কারণ স্পেক্যুলাম্ যন্ত্র প্রবেশ করিাইতে অত্যন্ত উত্তেজনা হইবার সম্ভাবনা, তবে সুদক্ষ ব্যক্তির হস্তে পড়িলে তত অনিষ্টের আশঙ্কা নাই। অনেকে বলেন যে যন্ত্রণা অত্যন্ত অধিক হইলে অহিফেন ভিন্ন অন্য উপায় নাই। অহিফেন সেবন করাইয়াই হউক অথবা মর্ফিয়া সাপজিটারী প্রয়োগ করিয়া অথবা ত্বক্ ভেদ করিয়া মর্ফিয়ার পিচকারি দিয়াই হউক অহিফেন ব্যতীত অন্য উপায় নাই। যথায় বেদনা থাকিয়া থাকিয়া বৃদ্ধি পায়, তথায় অধিকমাত্রায় অহিফেন দিয়া

অহিফেন-ঘটিত ঔষধি প্রয়োগ। বেদনা নিবারণ করা কর্ত্তব্য। এরূপ হইলে মর্ফিয়ার সাপজিটারি শুশ্রূষাকারীগণের নিকট রাখিয়া যাইতে হয় এবং বেদনার উপক্রমেই প্রয়োগ করিতে উপদেশ দিতে হয়। কারণ অন্যান্য উপায় অপেক্ষা এই উপায়ে অহিফেন প্রয়োগে অধিক ফল হয়। জ্বর অধিক থাকিলে অধিকমাত্রায় কুইনিন্ দিলে উপকার হয়, কিন্তু তাহা বলিয়া অহিফেন বন্ধ করিতে নাই।

কোষ্ঠের অবস্থার উপর লক্ষ্য রাখা নিতান্ত কর্ত্তব্য। অহিফেন জন্য

কোষ্ঠের প্রতি লক্ষ্য রাখা উচিত। কোষ্ঠবদ্ধ হইবার সম্ভাবনা এবং মল কঠিন হইলে ভয়ানক যন্ত্রণা হয়। অতএব যাহাতে মল তরল থাকে এরূপ করা কর্ত্তব্য। অল্পমাত্রায় এরণ্ড তৈল দিলে এই উদ্দেশ্য উত্তম রূপে সাধিত হয়, সুতরাং প্রত্যহ প্রাতে চা খাইবার চামচের অর্দ্ধ চামচ এই তৈল দেওয়া কর্ত্তব্য। উদরের তলদেশে বড় মসিনার পোল্‌টিস্ দিলে অথবা

আর্দ্র-উষ্ণ প্রয়োগ। ইহাতে ভার বোধ হইলে উষ্ণজলে স্পঞ্জিওপিলিন্ সিক্ত করিয়া প্রয়োগ করিলে অনেক উপশম হয়। পোল্‌টিসের উপর লডেনাম্ কি বেলেডোনা লিনিমেণ্ট্ ছড়াইয়া দিলে অধিক উপকারের সম্ভাবনা। ডাং প্লেফেয়ার্ বলেন যে পারদঘটিত ঔষধ, আইওডাইড্ অফ্ পোটাসিয়াম্ প্রভৃতি যাহাদিগকে আচোষক ঔষধ বলা হয়, তাহাদিগের ব্যবহারে কোন উপকারই

হয় না এবং ব্যবহার করিলে অন্যান্য উপযোগী ঔষধ উপেক্ষিত হইবার সম্ভাবনা।

রোগীকে শয়ান রাখিয়া সম্পূর্ণরূপে পরিশ্রম হইতে বিরত রাখা নিতান্ত কর্ত্তব্য। রোগর তীব্র লক্ষণতিরোহিত হইলেও কিছু-দিন ঐ ভাবে রাখিতে হয়। এই রোগে পরিশ্রম বিরতি কতদূর আবশ্যক তাহা বলা যায় না। যাহাদিগের রোগ অনেক দিন পর্য্যন্ত উপেক্ষিত থাকিয়া ধরা পড়ে, তাহাদিগকে পরিশ্রম হইতে বিরত রাখিলে শ্রম বিরতির উপকারিতা বুঝা যায়।

বিশ্রামের আবশ্যকতা।

তীব্র লক্ষণ সকল উপশমিত হইলে প্রদাহজন্য নিঃসৃত পদার্থ আচোষিত করিবার আশায় ত্বকের উপর প্রত্যুত্তেজনা করা কর্ত্তব্য। কিন্তু ইহা মৃদুভাবে ও অনেক দিন পর্য্যন্ত করিতে হয়। যে অবধি একস্তর ত্বক্ উঠিয়া না যায় প্রত্যহ টিং আয়োডিন্ দ্বারা প্রলেপ দিলে ভাল হয়, কিন্তু ইহা অপেক্ষা পুনঃ পুনঃ ব্লিষ্টার্ দিলে অধিক উপকার হয়। একবার ব্লিষ্টার্ দিয়া তাহার ক্ষত বজায় রাখিবার জন্য স্যাবিন্ মলম অথবা অন্য কোন ঔষধ দেওয়া অপেক্ষা পুনঃ পুনঃ ছোট ছোট ব্লিষ্টার্ দেওয়া ভাল।

তীব্র লক্ষণ।

পাকিয়া উঠিলে বস্তিস্ফোটক অস্ত্রকরা কর্ত্তব্য কি না বিচার করা উচিত। স্ফোটকের মুখ কুঁচ্কিতে থাকিলে এবং পুয অধিক গভীরদেশে না থাকিলে অস্ত্র করাই ভাল। অস্ত্র করা হইলে স্তনস্ফোটকে যেরূপ পচননিবারক পদ্ধতি অনুসারে চিকিৎসা করা যায়, সেইরূপ করা আবশ্যক। কিন্তু স্ফোটক ত্বরায় অস্ত্র করা উচিত নহে, পূয যতদিন উপরে না উঠে ততদিন অপেক্ষা করিতে হয়। ওয়েষ্ট, ডান্‌ক্যান প্রভৃতি সাহেবগণ বস্তিস্ফোটক সত্বর অস্ত্র করিতে পুনঃ পুনঃ নিষেধ করিয়াছেন। তাঁহাদের এই উপদেশ সারগর্ভ সন্দেহ নাই। যোনিপ্রণালী কি সরলান্ত্রের দিকে যদি স্ফোটকের মুখ হয় তাহা হইলে উক্ত নিয়মটি অবশ্য প্রতিপালন করিতে হয়। কারণ তথায় পূয হইয়াছে কি না সূচীদ্বারা পরীক্ষা করা যায় না এবং পূয নিশ্চয়ই হইয়াছে না জানিলে অস্ত্রাঘাত করাও বিপদজনক। এইরূপ রোগের চিকিৎসার জন্য এস্‌পিরেটার্ যন্ত্রের সাহায্য নিতান্ত আবশ্যক। এই যন্ত্রদ্বারা অধিকাংশ পূয নির্ব্বিঘ্নে বাহির করা যায় এবং ইহা ব্যবহার করিতে কোন আশঙ্ক নাই, এমন

বস্তিস্ফোটক অস্ত্র করা।

কি অসময়ে ব্যবহার করিলে কোন অনিষ্ট হয় না। এই যন্ত্রদ্বারা যদি সমস্ত পূষ বাহির করা না যায় তাহা হইলে অবশেষে বিষ্টি স্ত্রশদ্বারা কর্ত্তন করা যাইতে পারে। বস্তিস্ফোটকের শস্ত্রচিকিৎসা এত গুরুতর ও বহুল যে এখানে তাহার সবিস্তার বর্ণনা করিবার স্থান নাই। সুপাচ্য ও পুষ্টিকর পথ্য প্রচুর-পরিমাণে দেওয়া কর্ত্তব্য। রোগের প্রথমাবস্থায় বিফ্-টি, দুগ্ধ, ডিম্ব প্রভৃতি দিলে ভাল হয়। পাকিয়া উঠিলে প্রচুরপরিমাণে মাংস ও মদ্য দিতে হয়, কারণ তখন দেহক্ষয় হইতে থাকে। শরীরের কোন স্থান হইতে অনর্গল পূষ বাহির হইতে থাকিলে, রোগী এত অধিক ভোজন করিয়া জীর্ণ করিতে পারে যে দেখিলে আশ্চর্য্য হইতে হয়। দেহের বলাধান জন্য বলকারক ঔষধি দেওয়া আবশ্যক তজ্জন্য কুইনিন্, লৌহ ও কড্‌লিভার তৈল দিলে উপকার হয়।

দ্বিতীয় খণ্ড সমাপ্ত।